

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
KATEDRA SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY



DIPLOMOVÁ PRÁCE

Alzheimerova choroba

Alzheimer's disabilities

Autor diplomové práce:	Bc. Michaela Matoušová
Vedoucí diplomové práce:	PaedDr. Jaroslava Zemková, Ph.D.
Dokončení diplomové práce:	duben 2013
Místo odevzdání diplomové práce:	Praha

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Alzheimerova choroba“
vypracovala samostatně a pouze s použitím literatury, kterou cituji a uvádím v seznamu.

V Praze dne

.....

Michaela Matoušová

Ráda bych poděkovala paní PaedDr. Jaroslavě Zemkové, Ph.D. za její odborné vedení při zpracování mé diplomové práce. Dále bych také chtěla poděkovat všem zaměstnancům zařízení, která jsem navštívila, za to, že mi umožnili navštívit jejich zařízení, že se mi plně věnovali a poskytovali mi řadu cenných informací. Velké poděkování patří také osobám s Alzheimerovou chorobou, které mi umožnily zpracovat s nimi případové studie.

ABSTRAKT

Diplomová práce „Alzheimerova osoba“ se zabývá problematikou osob s Alzheimerovou chorobou, jako nejčastějším typem demence. Alzheimerova choroba je v populaci velmi rozšířená a je 4. – 5. nejčastější příčinou úmrtí. Práce je rozdělena na dvě části. Na část teoretickou a empirickou.

V teoretické části se diplomová práce zabývá obecnou charakteristikou daného onemocnění. Příčinami, prevencí, klinickými projevy, důsledky, diagnostikou a farmakologickými přístupy. Hlavní těžiště teoretické části je v druhé kapitole, která se zabývá nefarmakologickými přístupy k osobám s Alzheimerovou chorobou.

V empirické části jsou předkládány případové studie osob s Alzheimerovou chorobou. Empirická část se zaměřuje na podstatné změny, které nastávají u osob s Alzheimerovou chorobou a které výzkum potvrzuje.

Klíčová slova

Demence, Alzheimerova choroba, klinické projevy, nefarmakologické přístupy

ABSTRACT

This diploma thesis, "Alzheimer's disabilities ", deals with questions around people with Alzheimer's disabilities, which is the most common type of dementia. Alzheimer's disabilities is also very widespread in the population; and it is the 4th or 5th most common cause of death. The thesis is divided into two parts, the first part is theoretical and the second is empirical.

In the theoretical part the thesis deals with the general characteristics of this disorder such as: causes, prevention, clinical manifestations, consequences, diagnostics and pharmacological approaches. The main focus of the theoretical part is in the second chapter, which deals with non-pharmacological approaches to people with Alzheimer's disabilities.

In the empirical part, case studies on sufferers of Alzheimer's disabilities will be included. The empirical part focuses on substantive changes which occur in the lives of people with Alzheimer's disabilities, and whether these changes can be confirmed as being consequential of the affliction.

Key words

Dementia, Alzheimer's disabilities, clinical manifestation, non-pharmacological approaches.

OBSAH

OBSAH.....	6
ÚVOD	9
1ALZHEIMEROVA CHOROBA	11
1.1 Vymezení pojmů.....	11
1.2 Příčiny a rizikové faktory	13
1.3 Prevence Alzheimerovy choroby	14
1.4 Klinický obraz Alzheimerovy choroby	15
1.5 Důsledky kognitivní poruchy	19
1.6 Diagnostika a diferenciální diagnostika	22
1.7 Terapie Alzheimerovy choroby	27
2NEFARMAKOTERAPEUTICKÉ PŘÍSTUPY	29
2.1 Úvod k nefarmakologickým přístupům	29
2.2 Reminiscenční terapie	31
2.3 Orientace realitou	34
2.4 Kognitivní rehabilitace.....	36
2.5 Senzorická stimulace	37
2.6 Úprava prostředí	38
2.7 Kinezioterapie.....	39
2.8 Stimulační a aktivizační metody.....	41
2.8.1 Ergoterapie.....	41
2.8.2 Arteterapie	42
2.8.3 Dramaterapie	45
2.8.4 Taneční a pohybová terapie.....	49
2.8.5 Muzikoterapie.....	51
2.8.6 Animoterapie	53

2.9 Další nefarmakologické přístupy	55
2.9.1 Validace	55
2.9.2 Lifestyle approach	56
2.9.3 Videotrénink interakcí, metoda Marthe Meo	56
2.9.4 Simulated Presence (SimPres).....	57
2.9.5 Habilitační terapie/ Neohabilitace	57
2.9.6 Maieutický přístup	57
3 VÝZKUMNÁ ČÁST	59
3.1 Cíle výzkumu	59
3.2 Výzkumné otázky	59
3.3 Metodologie výzkumu	60
3.4 Charakteristika případových studií.....	60
3.5 Časový harmonogram výzkumu	61
3.6 Charakteristika zkoumaného vzorku	61
3.7 Charakteristika vybraných zařízení	62
3.7.1 Stacionář pro seniory	62
3.7.2 Domov Sv. Karla Boromejského, Řepy.....	63
3.7.3 Domov pro seniory Slunečnice	64
3.7.4 Domov Horizont.....	64
3.7.5 Středisko sociální služeb Praha 9	65
3.8 Případové studie osob s Alzheimerovou chorobou	66
3.8.1 Případová studie č. 1	66
3.8.2 Případová studie č. 2	68
3.8.3 Případová studie č. 3	69
3.8.4 Případová studie č. 4	71
3.8.5 Případová studie č. 5	73
3.9 Diskuze nad výzkumným šetřením	75

4 ZÁVĚR.....	78
RESUMÉ.....	80
LITERATURA.....	81
PŘÍLOHY	85

ÚVOD

Lidstvo stárne, a i když stáří není nemoc, nemoci ke stáří bohužel neodmyslitelně patří. Je však důležité si uvědomit, že ač to může na první pohled vypadat, nemoc a bolest nejsou přirozeným projevem stáří, a je proto důležité se jimi zabývat a léčit je stejně jako v jiných vývojových obdobích. Myslím si, že v každém věku je důležité člověka léčit a dopřát mu plnohodnotný život.

Bohužel se ve společnosti rozvíjí stále více civilizačních chorob. Jednou z nejčastějších civilizačních chorob je také Alzheimerova choroba, která postihuje zhruba každého 5. člověka ve společnosti. Jedná se o závažné neurodegenerativní onemocnění, které je také 4. – 5. nejčastější primární příčinou úmrtí ve stáří, proto je, dle mého názoru, potřeba ji věnovat dostatečnou pozornost.

Pro svoji diplomovou práci jsem si vybrala téma „Alzheimerova choroba“. Toto téma jsem si vybrala z toho důvodu, že jsem se již v bakalářské práci zabývala otázkou stáří a demence, a nyní bych tuto problematiku ráda rozšířila o další poznatky z oblasti Alzheimerovy choroby. V této oblasti mě velice zajímají nefarmakologické přístupy k lidem s tímto onemocněním. Celá tato problematika má velmi blízko ke speciální pedagogice, a to zejména v oblasti nefarmakologických přístupů, které povětšinou vedou právě speciální pedagogové. Cílem speciálních pedagogů je aktivizace klientů s Alzheimerovou chorobou. V diplomové práci budu vzhledem ke své specializaci, speciální pedagogice, používat termín „klient“ při oslovení osoby s Alzheimerovou chorobou, ačkoliv vím, že ve zdravotnické praxi se více využívá termín „pacient“.

Práci klasicky rozdělují na část teoretickou a empirickou. Teoretickou část rozdělují na dvě hlavní kapitoly – Alzheimerova choroba a nefarmakologické přístupy k osobám s Alzheimerovou chorobou. Cílem teoretické části je poskytnout souhrnné informace o problematice Alzheimerovy choroby. Je však důležité říci, že rozsah mé práce nemůže pojmut chorobu do veškerých detailů. Mým cílem tedy není postihnout chorobu v celé její šíři do detailů, proto v práci odkazuji na množství literatury, ze které jsem čerpala a ze které je dále možné čerpat detailnější informace.

Úvodní kapitola je rozčleněna na několik podkapitol. Týkají se samotné terminologie. Ukazuji zde, jak různí autoři definují tuto chorobu. Dále se zabývám příčinami, prevencí, klinickými projevy, důsledky, diagnostikou a diferenciální diagnostikou a léčbou Alzheimerovy choroby.

Následující kapitola je věnována speciálně pedagogickým postupům, nefarmakologickým terapiím, které jsou při práci s osobami s Alzheimerovou chorobou

využívány. Je jich celá řada, já v diplomové práci zmíním ty nejčastěji využívané a nejhojněji citované v literatuře, které využívá celá řada zařízení a pracovníků. Jedná se např. o trénink paměti, orientaci realitou, reminiscenční terapii, kognitivní terapii atd.

Část empirickou rozděluji také do několika podkapitol. V první řadě uvedu cíle, výzkumné otázky a metodologii výzkumného šetření, v další podkapitole uvedu jednotlivá zařízení, která jsem navštívila a která mi také umožnila zúčastnit se různých terapií. Některá zařízení mi také poskytla možnost vypracovat s jednotlivými klienty případové studie, které uvedu v další podkapitole a na závěr uvedu diskuzi nad výsledky. Cílem empirické části je zanalyzovat jednotlivá stadia Alzheimerovy choroby a změny, které s nimi souvisí, v praxi u jednotlivých osob s Alzheimerovou chorobou. Výzkumná část má za úkol potvrdit informace získané v části teoretické.

Na konci práce jsou uvedeny přílohy. První přílohou je Ischemické skóre Hachinského, které slouží k diferenciální diagnostice. Druhou přílohou je seznam práv klientů s ACH, které je potřeba respektovat. Reflektuji to, co je velmi důležité, že i osoba s ACH má právo na důstojné a citlivé zacházení. Třetí příloha je věnována informovanému souhlasu pro klienty s ACH, který jsem využila při práci na případových studiích.

Informace při psaní diplomové práce jsem získávala z odborné literatury, z odborných článků na internetu, z různých bakalářských a diplomových prací. Dále jsem také vycházela z různých publikací jednotlivých zařízení, z rozhovorů s klienty, s jejich rodinnými příslušníky a s pracovníky zařízení. V neposlední řadě jsem také vycházela z vlastního pozorování terapií a klientů při terapiích.

1 ALZHEIMEROVA CHOROBA

1.1 Vymezení pojmů

Mozek je jednou z nejdůležitějších částí lidského organismu. Pokud je vše v pořádku, zajišťuje celou řadu klíčových funkcí (v tomto případě jde zejména o schopnost vyjadřování se, pamětní funkci, schopnost myšlení, využívání smyslů atd.). V životě se však setkáváme s tím, že některé funkce začnou slábnout. Někdy jde o stav přechodný, jindy ne. A v tomto případě je třeba uvědomit si, zda jde o projev stárnutí, tedy stav fyziologický, či o projev onemocnění, čili stav patologický. Pokud máme jakékoliv podezření, že se jedná právě o onemocnění, není čas odkládat návštěvu lékaře, který nám naší domněnku může potvrdit, či vyvrátit. Může se totiž jednat o projev demence a jejího nejčastějšího typu Alzheimerovy choroby (používá se také termín Alzheimerova nemoc, oba termíny jsou správné; já v práci budu používat termín Alzheimerova choroba a její zkratku ACH).

Nyní bych ráda uvedla definici Alzheimerovy choroby. V literatuře není možné najít přesnou definici, protože každý autor ji pojímá z různého pohledu a tím pádem se mírně liší. Podstata ale zůstává u všech definic stejná. Já si pro porovnání vybrala pouze některé autory.

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN – 10) charakterizuje ACH takto: „*Jde o deterioraci paměti a myšlení, které postupně narušují soběstačnost v aktivitách denního života. Paměť je narušena ve všech složkách a k její poruše patří nedílně i poruchy chování a myšlení*“¹

Jiráček definuje ACH takto: „*Alzheimerova nemoc je závažná neurodegenerativní choroba, projevující se klinicky demencí. Je to nejčastější příčina demencí vůbec. Alzheimerova nemoc náleží mezi tzv. kortikální demence, kde jsou přítomna významná postižení vyšších korových funkcí.*“²

Zgola cituje definici Americké psychiatrické asociace takto:

¹ JIRÁK, R.; KOUKOLÍK, F. in HOLMEROVÁ, I.; JAROLÍMOVÁ, E.; SUCHÁ, J. a kol.: Péče o pacienty s kognitivní poruchou. Praha: Gerontologické centrum 2007, ISBN 978 – 80 – 254 – 0177 – 4. Str. 40

² RŮŽIČKA, E. a kol: Diferenciální diagnostika a léčba demencí: Příručka pro praxi. Praha: Galen 2003, ISBN 80 – 7262 – 205 – 6. Str. 63

A. Jde o vývoj mnohočetných kognitivních poruch, které se projevují jako:

1. Poruchy paměti (poškozená schopnost naučit se novým informacím anebo znovu vybavovat informace již naučené)
2. Jedna anebo více z následujících specifických příznaků:
 - a) Afázie (porucha řeči)
 - b) Apraxie (poškození schopnosti vytvořit pohybovou činnost navzdory tomu, že pohybové funkce nejsou postiženy)
 - c) Agnozie (neschopnost rozeznávat nebo rozlišovat předměty navzdory tomu, že senzorické funkce nejsou postiženy)
 - d) Poruchy výkonu činnosti (plánování, organizace...)

B. Kognitivní poruchy podle bodů A1 a A2 způsobují významné problémy ve společenském a pracovním životě postiženého a vedou k výraznému zhoršení vzhledem k předchozí úrovni fungování

C. Průběh Alzheimerovy nemoci je charakterizován pozvolným začátkem a postupným ubýváním kognitivních schopností. (Zgola, J. 2003, str. 19 – 20)

Hartl, Hartlová uvádějí, že Alzheimerova choroba je „*duševní porucha na organickém základě (zánik a rozpad neobnovitelných mozkových buněk) projevující se demencí*“. (Hartl, Hartlová 2004, str. 774)

Alzheimerova choroba byla pojmenována v roce 1906 podle Dr. Aloise Alzheimer, který jako první popsal změny v mozkové tkáni. Zpočátku tyto změny byly chápány jako neobvyklá duševní choroba, dnes jsou chápány jako chorobné projevy mozku charakteristické právě pro ACH.

Alzheimerovu chorobu můžeme dělit na formu presenilní (časný začátek – příznaky se rozvinou do 65 let života) a na formu senilní, která je podstatně častější (pozdní začátek, příznaky se rozvinou po 65. roce života). Dále můžeme dělit Alzheimerovu chorobu na formu familiární a formu sporadickou. Forma familiární je formou, která se vyskytuje více u pokrevních příbuzných. Je tedy geneticky prokazatelná. Tato forma je vcelku vzácná. Forma sporadická je častější a je bez možnosti genetického zatížení. (Růžička, E. et al. 2003)

Alzheimerova choroba se vyskytuje ve všech skupinách obyvatelstva a není omezena na určitou sociální vrstvu, pohlaví, etnickou skupinu či na určité území. Alzheimerova choroba postihuje hlavně lidi starší 65 let. Výjimkou ale není ani postihnutí člověka, který je mladší než 65 let. Tato skupina představuje zhruba 5% všech osob postižených ACH. Toto procento se se zvyšujícím se věkem zvyšuje. Zhruba po 80. roce

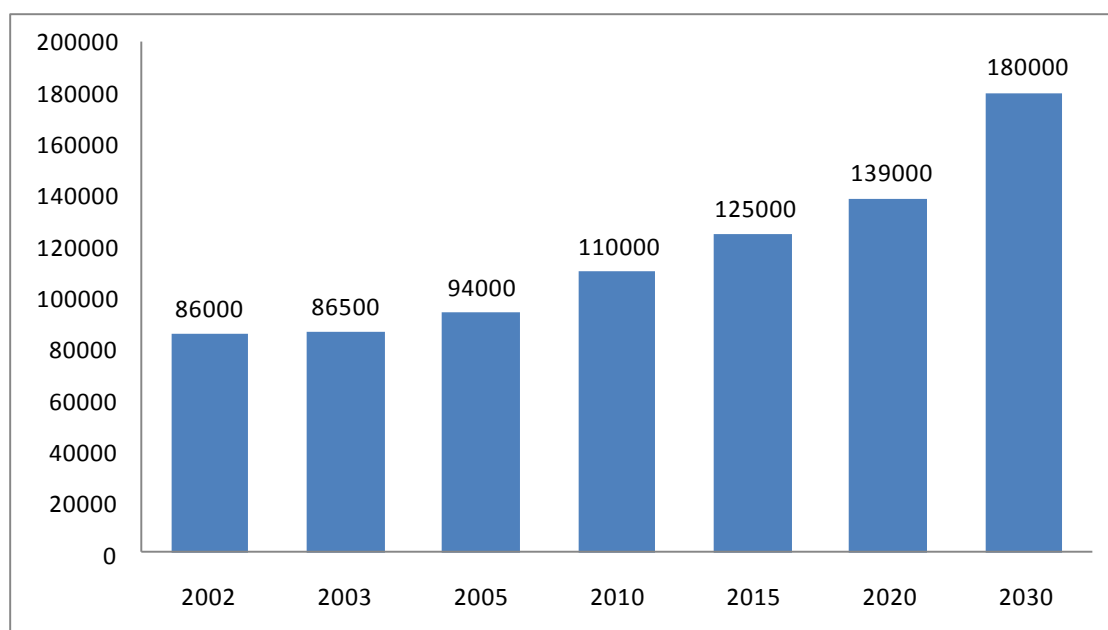
života člověka je postižena zhruba 1/3 obyvatelstva. (ČAS 2003) Statistiky také uvádějí, že více postiženy jsou ženy.

Alzheimerova choroba má pomalý a plíživý začátek. Od vypuknutí nemoci po objevení se prvních příznaků může uplynout i několik let. Vývoj nemoci je samozřejmě u každého člověka individuální a může trvat i 15 – 20 let. Někdy se však může stát, že smrt přichází záhy po zjištění prvních příznaků. Jedná se zejména o formu familiární, tedy formu dědičnou.

Alzheimerova choroba představuje zhruba 50% všech typů demencí a patří mezi 4. – 5. nejčastější příčinu úmrtí. V České Republice je přibližně 100.000 obyvatel postižených Alzheimerovou chorobou a toto číslo se dle odhadů bude bohužel výrazně zvyšovat.

Následující graf ukazuje, jak se pravděpodobně bude zvyšovat výskyt počtu lidí s Alzheimerovou chorobou.

Přibližný odhad vývoje počtu pacientů s ACH v ČR do roku 2030



Zdroj: Psychiatrické centrum in Červenka 2008

1.2 Příčiny a rizikové faktory

Příčina vzniku Alzheimerovy choroby není stále jasná. Ví se pouze, že dochází k ukládání patologické bílkoviny B-amyloidu. Tato bílkovina tvoří shluky, kolem kterých vzniká celá řada dalších neurodegenerativních procesů. Tak vznikají tzv. alzheimerovské plaky. Hlavní intraneuronální změnou u Alzheimerovy choroby je degenerace T-proteinu,

bílkoviny, která je spojená s mikrotubuly (vlákna neuronů). Dochází tak ke zkrácení vláken, ke ztrátě jejich funkce a k tvorbě neuronálních smotků. Postižené neurony tak zanikají. Podléhají apoptoze. (Růžička, E. et al., 2003)

Rizikových faktorů je velká spousta. Prostudovaná literatura se ve velké míře shoduje v možných rizikových faktorech. Někteří autoři však uvádějí ještě některé rizikové faktory navíc. Já se budu věnovat těm nejčastějším.

Největším rizikovým faktorem je bezesporu věk. Literatura uvádí, že zhruba 1/2 lidí starších 90. let, je postižena právě Alzheimerovou chorobou.

Dalším významným faktorem je genetická predispozice. Geny však hrají hlavní roli zejména u časné, familiární, vzniklé formy ACH. U této formy byly objeveny poruchy na 1., 14. a 21. chromozomu. U později vzniklé formy se jedná o mutaci na 12. chromozomu.

Literatura také uvádí, že Alzheimerovou chorobou jsou častěji postiženy ženy. Důvodem je fakt, že se ženy dožívají vyššího věku než muži. Muži se průměrně dožívají 83 let, kdežto ženy zhruba 86 let. Dle Koukolíka a Jiráka je riziko výskytu jakékoli demence u žen 1,9krát vyšší než u mužů, riziko výskytu Alzheimerovy nemoci je u žen 3,1krát vyšší než u mužů. (Koukolík, F., Jirák, R. 1998)

Alzheimerovou chorobou nejsou postiženy pouze určité skupiny (věkové, vzdělanostní či etnické). Alzheimerova choroba se vyskytuje jak u lidí se základním vzděláním, se středoškolským vzděláním, tak i s vysokoškolským vzděláním. Literatura však uvádí, že pokud je člověk více mentálně aktivní, více se vzdělává, možná rizika onemocnění se snižují. Koukolík a Jirák však ve své knize „Alzheimerova nemoc a další demence“ uvádějí, že vazba mezi výši vzdělání a demencí při Alzheimerově nemoci není příliš významná. (Koukolík, F., Jirák, R. 1998)

Možnými rizikovými faktory také mohou být některá cévní onemocnění, poranění hlavy či deprese. Dále se jedná o Downův syndrom, špatný životní styl nebo vysoký věk matky při porodu.

1.3 Prevence Alzheimerovy choroby

Je důležité si uvědomit, že existují určitá opatření, která mohou minimalizovat rizika vzniku onemocnění. Jedná se zejména o zdravý životní styl, aktivní způsob života (mentální i fyzická aktivita), trénink paměti, zejména učení se novým poznatkům, přijímání nových informací, četba atd.

Bragdon uvádí, že zachování aktivního životního stylu (na úrovni tělesné, duševní a společenské) nejen poskytuje mozku podněty, ale pomáhá také udržet nervové buňky živé

a zdravé a chrání je před poškozením. Tělesná a duševní činnost podporuje vytváření sebezáchovných a sebeopravných systémů mozku. Aktivita též zvyšuje životaschopnost mozkových buněk a to může pomoci účinky ACH zpomalit. (Bragdon, A.; Gamon, B. 2002)

1.4 Klinický obraz Alzheimerovy choroby

Alzheimerova choroba postihuje každého člověka různým způsobem. Může to být ovlivněno jeho dosavadním životním stylem, nebo jaká byla klientova osobnost před nástupem onemocnění.

Alzheimerova choroba se rozvíjí pomalu, nenápadně a plíživě a má progredující charakter (dochází k plynulému zhoršování bez větších výkyvů, někdy se může stát, že dojde k dočasnému zpomalení či zastavení zhoršování stavu). Vývoj nemoci je zcela individuální a může trvat 8 – 20 let.

Občas předchází vzniku Alzheimerovy choroby porucha tzv. „Mild Cognitive Impairment – MCI“, neboli lehká porucha poznávacích funkcí. Při této poruše je přítomna porucha paměti, subjektivní, kdy si pacient sám uvědomuje svoji zapomnětlivost, i objektivní, kterou je možné změřit testy. Postižení paměti je však lehčí než přímo u Alzheimerovy choroby. Důležitým rozdílem je fakt, že u MCI nejsou porušeny běžné aktivity denního života a tím pádem je i zachována soběstačnost. Je důležité si uvědomit, že ne všechny MCI jsou předstádiem právě ACH, může se stát, že se stanou předstádiem jiného druhu demence, nebo že se jedná o tzv. benigní stařeckou zapomnětlivost, tedy zapomnětlivost bez podstatné regrese. (Růžička E. et al. 2003)

Většina autorů rozděluje Alzheimerovu chorobu na tři základní stádia – rané, střední a pozdní stádium. Jsou však i autoři, kteří ACH rozdělují na stádia čtyři nebo na pět stádií. Jedním z nich je např. Buijssen, který ACH rozděluje na čtyři stádia – fázi přípravnou, potřebu dohledu, potřebu péče a potřebu ošetrovatelské péče. (Buijssen 2006) Callone dělí ACH na rané, mírné a pokročilé stádium. Smyslem dělení na jednotlivá stádia je pomoci sestavit určitý návod na stanovení péče právě v jednotlivých fázích ACH. Díky tomu máme možnost maximálně využít možnosti klienta a zároveň máme také šanci ochránit jeho vlastní důstojnost. I když dochází k postupné ztrátě řady schopností, je podstatné abychom si uvědomili, že řada dovedností a schopností zůstává stále zcela funkčních. (Callone P. R. a kol. 2008) I v dělení dle Buijssena je vidět postupné zhoršování soběstačnosti u klienta s ACH a tím pádem větší potřeba dohledu a péče od pečovatele v jednotlivých stádiích. Alzheimerova choroba postihuje tři základní oblasti. Jedná

se o kognitivní schopnosti, behaviorální schopnosti a aktivity denní činnosti. Tyto tři oblasti v sobě zahrnují celou škálu příznaků. Některé příznaky se projevují pouze v některém stádiu, další se mohou objevovat ve všech stádiích.

Já ve své diplomové práci budu čerpat informace od autorů, kteří rozdělují ACH na tři základní stadia, a tedy i já budu dělit Alzheimerovu chorobu na tři stadia – počáteční, střední a pozdní stádium.

Prvním obdobím je období počáteční. Toto období bývá někdy přehlíženo, neboť bývá mylně považováno za příznaky stárnutí. Alzheimerova choroba postupně ničí různé funkce v mozku a je potřeba stále trénovat ty funkce, které jsou ještě aktivní. Je potřeba je používat častěji. Alzheimerova choroba jako první postihuje oblast paměti. Postižena je zejména oblast krátkodobé a střednědobé paměti, tzn., že klient má problém v zapamatování si nových informací. Úsudek, logické myšlení a sociální schopnosti jsou v počátečním stádiu ještě zcela v pořádku, a tak je klient schopný vytvořit si způsob, jak se s občasnou ztrátou paměti vyrovnat. S postupující Alzheimerovou chorobou se zhoršuje schopnost porozumění slov. Řeč je sice plynulá, ale většinou obsahově prázdná. Tyto omezené schopnosti mohou někdy vést k vlastní izolaci klienta. V tomto období dochází k mírným poruchám v oblasti aktivit denního života, zejména v oblasti profesní nebo při vykonávání složitějších činností. Lidé jsou ale stále schopni si např. číst, luštit křížovky, hrát hry atd. Složitější činnosti je dobré rozdělit na jednotlivé fáze, což člověku pomůže lépe se v nich orientovat a snáze je vykonat. Mohou se objevit poruchy orientace v místě, zejména v oblastech, které klient nezná příliš dobře, a je tedy snadnější se v nich ztratit. Ojedinělé nejsou ani poruchy orientace v čase a poruchy prostorové orientace. Mohou se také objevit první behaviorální příznaky, zejména deprese, pocity úzkosti, které pramení z toho, že člověk si je vědom vlastního úpadku, což ho výrazně frustruje. Mezi další behaviorální příznaky objevující se v tomto počátečním stádiu patří např. apatie, ztráta zájmu o činnost, strach nebo smutek. Klienti také používají lži a výmluvy, aby oklamali nejen sebe, ale také své okolí. Můžeme se setkat s tzv. „anosognozií“, což je neuvědomování si, či nechuť přiznat si vlastní onemocnění. V tomto období ještě není narušena schopnost samostatného pochybu. Hybnost není nijak porušena. Smysly, zejména hmat, sluch a zrak, zůstávají neporušeny nejdéle. Samozřejmě postupně dochází ke zhoršování jednoho či více smyslů najednou. V počátečním stádiu je člověk stále ještě soběstačný, a tak není potřebná institucionalizace, což zkvalitňuje jeho život.

(Callone, P. R. a kol. 2008; Jiráček, R., Holmerová, I., Borzová, C. a kol. 2009; Matoušová, M. 2011, Diblíková, H. 2008)

Jak postupuje Alzheimerova choroba, poškození mozku se postupně šíří do temenních mozkových laloků. Jakmile k tomu dojde, člověk není schopen integrovat zrakové vjemy, zvuky a pocity v těle. V tomto druhém, středním, období většinou lidé přichází s určitým podezřením k lékaři. Toto období je už závažnější a jedná se o nejdelší období při onemocnění Alzheimerovou chorobou. Může trvat 2 – 10 let. Jelikož se jedná o takto dlouhé období, je to velice náročné zejména pro pečovatele. Dochází k výraznému poškození paměti. Člověk většinou není schopen si zapamatovat myšlenky na tak dlouho, aby je dokázal vyjádřit slovy, čímž se zhoršuje také schopnost komunikace. Konverzace je také ztížena tím, že člověk už většinou nedokáže adekvátně reagovat na otázky. Důležité je si uvědomit, že ačkoliv to vypadá, že člověk si již nic nepamatuje, dlouhodobá paměť je i ve středním stádiu stále zachována. Člověk může být frustrován, protože při konverzaci nemusí všemu rozumět, nebo proto, že nedokáže vyjádřit své myšlenky. Někdy se může stát, že člověk začne mluvit svým rodným jazykem, který dlouho nepoužíval, nebo že stále opakuje určité zvuky, slova či věty. Je to z toho důvodu, že se snaží dorozumět. Velmi často se objevují poruchy pozornosti, dochází ke snižování verbálních a matematických schopností, ke snižování schopnosti číst a psát. Dost často se stává, že se klient straní společnosti, stahuje se do stále větší izolace. Dochází k tzv. amnestické dezorientaci, což znamená, že člověk se v důsledku svého onemocnění nedokáže orientovat v tom, kde se právě nachází a působí tak silně dezorientovaně. Ve středním období se projevuje dezorientace nejen v neznámém prostředí, ale také se objevuje i ve známém prostředí. V prostředí, ve kterém člověk sám žije. Objevuje se také dezorientace v čase a prostoru. Aktivita denního života jsou narušeny ve větší míře. Člověk už neví, na co se používají některé předměty. Většinou se už nezvládne sám obléknout či vykonat hygienu. Člověk už nedokáže řídit automobil. Časté jsou také poruchy sexuálních funkcí. Objevuje se inkontinence moči a stolice. Ve středním stádiu již klient často potřebuje pomoc, o kterou si ale nedokáže většinou říct, jelikož už neumí správně formulovat věty. Lidé ve středním stádiu se stále ještě dokážou pohybovat sami, ale je třeba mít na paměti jejich bezpečnost. Narušena je také jemná motorika. Objevuje se celá řada behaviorálních příznaků. Jedná se např. o poruchy chování, afektivní poruchy, dále se objevuje spánková inverze. Člověk většinou přes den spí a v noci je bdělý, což opět klade velké nároky na pečovatele, který musí zajistit bezpečnost klienta s ACH. Můžeme

zaznamenat také útoky. Stává se, že se člověk vrací na místa, která dobře zná, kde např. dříve bydlel. Můžeme se setkat s verbální i neverbální agresí u člověka s ACH. Mezi psychotické příznaky patří např. bludy či halucinace. Rozdíl mezi bludy a halucinacemi je takovýto. Blud je mylné přesvědčení blížící se pravdě, je většinou nelogický a nesystematický. Halucinace je abnormální senzorický vjem nejčastěji zrakový či sluchový. Člověk je postižen také depresemi či úzkostí. Ojediněle se můžou vyskytnout poruchy vědomí. Rodina se již nedokáže o člověka s Alzheimerovou chorobou ve středním stádiu starat úplně sama celých 24h a potřebuje pomoc. Využívá proto často různých služeb, jako jsou např. denní stacionáře, pečovatelská služba či respitní péče. (Jiráček, R., Holmerová, I., Borzová, C. a kol. 2009; Callone, P. R. 2008; Buijssen, H. 2006; Červenka, V. 2008 in Matoušová, M. 2011)

Třetím obdobím je období pokročilé, pozdní. V tomto stádiu se poškození šíří do čelního laloku. Jakmile dojde k tomuto rozšíření, člověk již není schopen přiměřeně jednat. V konečných stádiích jsou už zničeny prakticky všechny nervové buňky mozkové hemisféry, kromě té části mozkové kůry, která má na starost motorickou činnost a zrakové funkce. Paměť je porušena již ve všech složkách, což znamená, že je porušena také dlouhodobá paměť. Stále je ale možné vyvolat určité vzpomínky pomocí fotografií a přinášet tak velice příjemné pocity. Dochází k dezorientaci v místě, čase a v osobě. Člověk s ACH nedokáže už většinou poznat své blízké, svého pečovatele, což přináší velkou psychickou zátěž pro pečující. Člověk s Alzheimerovou chorobou působí dost často velice dezorientovaně a zmateně. Komunikace je velice obtížná, někdy už nedokážeme poznat, do jaké míry je člověk schopen rozumět. Je velice narušena schopnost úsudku, logického uvažování a sociálních dovedností. Klient má zvýšenou potřebu spánku, s čím je spojena také spánková inverze. Objevuje se porucha příjmu potravy. V posledním stádiu je již většinou klient upoután na lůžko, má značné potíže s pohybem. Může to být zapříčiněno hypertonicko – hypokinetickým extrapyramidovým syndromem, který se objevuje v terminální fázi. Je třeba řádně dbát o to, aby nedocházelo ke vzniku proleženin, zápalu plic či infekci močových cest v důsledku neustálého upoutání na lůžko. Aktivita denní činnosti jsou značně narušené. Člověk s ACH je většinou zcela nesoběstačný a potřebuje dopomoc ve všech činnostech. Častá je apraxie. Velmi často se objevuje inkontinence moči i stolice. Člověk již není schopen dodržovat osobní hygienu. Z behaviorálních projevů můžeme zmínit např. to, že člověk již není schopen vhodně reagovat. Chová se nepřijatelně a ztrácí schopnost civilizovaného chování. Požívá nepoživatelné věci, vydává stereotypní

ječivé zvuky. V tomto stádiu už zejména jde o uspokojování základních fyziologických potřeb a o ošetrovatelskou péči. Objevuje se celá řada dalších onemocnění. V tomto posledním období rodina využívá řadu služeb, které jí pomohou při celodenní péči o člověka s ACH. Někdy však péči rodina nezvládá a pacient je umístěn do řady zařízení, která mohou, ale také nemusí, být specializovaná na Alzheimerovu chorobu. Toto období trvá většinou 1 – 3 roky. Klienti nejčastěji umírají na interkurentní choroby, např. bronchopneumonii či na jiné choroby, které by byly za normálních okolností léčitelné. Další příčinou úmrtí mohou být úrazy a jejich následky. (Jiráček, R., Holmerová, I., Borzová, C. a kol. 2009; Callone, P. R. 2008, Buijssen, H. 2006)

Postupný progres Alzheimerovy choroby je také dobře patrný v beletristických knihách, které jsem k danému tématu přečetla. Knihy „Ještě jsem to já“ a „Vyhasínání mozku M. Kleina“ velice dobře ukazují postupné zhoršování člověka trpícího Alzheimerovou chorobou ve všech sférách života. Myslím si, že tyto knihy jsou dobré nejen pro získání informací pro člověka, který je sám pacientem či pečovatelem, ale zejména pro širokou laickou veřejnost, která se nenásilnou formou o Alzheimerově chorobě dozví řadu informací.

1.5 Důsledky kognitivní poruchy

Míra kognitivních ztrát se liší podle typu demence, ale také osoba od osoby. U každého se Alzheimerova choroba projevuje jinak, u někoho jsou výrazné jedny projevy, u druhého jsou výraznější zase jiné projevy. Každý si při pojmu Alzheimerova choroba představí pouze ztrátu paměti. Není to však správné tvrzení, protože s Alzheimerovou chorobou je spojena celá řada dalších kognitivních poruch. Nyní se jimi budu stručně zabývat. Je jich ovšem celá řada, kterou nemohu ve své práci postihnout.

Poruchy paměti

Prvním z nejčastějších důsledků Alzheimerovy choroby je porucha paměti. Zpočátku dochází ke ztrátě informací z blízké minulosti. Člověk má problémy se zapamatováním si nových informací a s výbavností. Má také potíže se získáváním nových schopností a dovedností, což mu znemožňuje měnit staré zvyky. Postupně dochází také k poruše střednědobé a dlouhodobé paměti. Klienti se špatně orientují v místě, čase, prostoru a v konečných stádiích také v osobě. Lidé často opakuji své dotazy, připomínky, mají nedostatek vhledu, úsudku a logického myšlení a občas je přepadají paranoidní představy.

Poruchy jazyka

Druhým výrazným důsledkem je porucha jazyka. Většinou se vyskytnou poruchy obou funkcí, expresivní i receptivní (porozumění řeči a produkce řeči), ale nemusí být obě složky postiženy stejným způsobem a stejnou měrou. U klientů s Alzheimerovou chorobou se musí zjistit, zda jim uniká význam slova, či mají problém s formulováním myšlenky. Pokud se jedná o neporozumění významu slov, můžeme člověku pomoci tak, že použijeme celou řadu synonym, nebo slovo detailněji popíšeme. Ve druhém případě, kdy má člověk problém s formulováním myšlenky sice můžeme použít synonyma, ale většinou to nepomůže. Dále se objevuje problém v řazení slov a tím pádem má klient problém s vytvořením smysluplné věty. Objevují se agramatismy, echolálie či palalálie.

Porucha pozornosti

Mezi nejčastější vzorce chování při poruše pozornosti patří neschopnost začít či ukončit zadaný úkol, dále se jedná o fixaci na jeden nepodstatný detail, neschopnost vzdorovat rušivým vlivům okolí, snížená schopnost reagovat a zmatené reakce. Tyto problémy pramení z toho, že člověk není schopen zaměřit pozornost, soustředit se a udržet bdělost. Klient většinou není schopen soustředit se na úkol jako na celek, jelikož dochází k jeho rušení vlivem prostředí.

Můžeme se setkat se dvěma extrémy. Jedním z nich je netečnost, která se nejčastěji objevuje u klientů v pozdějších stádiích. Klienti se bojí svého selhání, jsou velice nejistí, a proto se raději do činnosti ani nepustí, nezkusí ji. Druhým extrémem je lpění na činnosti. Práce s klientem, který má poruchu pozornosti, je vcelku náročná. Nedokáže dokončit zadaný úkol a neustále odbíhá k dalším činnostem.

Porucha vhledu, úsudku a abstrakce

Osoba s touto poruchou má často nereálné, zkreslené, představy sám o sobě či o své nemoci. Z toho důvodu často odmítá pomoc okolí a může trvat na starých vzorcích chování. Člověk s touto poruchou nedokáže předvídat důsledky, má tendenci brát věci doslovně, nedokáže si udělat představu o nepřítomných objektech a okolnostech a ztrácí také schopnost chovat se podle společenských pravidel, ztrácí zábrany. Toto se objevuje zejména v posledních stádiích Alzheimerovy choroby. Z tohoto vyplývá častý problém, kterým je sociální izolace. Někdy se může člověk společnosti stranit sám, jindy ho může společnost segregovat. Patří sem také poruchy emoční potřeby.

Porucha ve vnímání a prostorové orientaci

Porucha vnímání může mít vliv na každou složku poznávacího procesu. Největší dopad má porucha zrakového vnímání, jelikož zrakem získáváme až 80% všech informací. Toto procento už není zanedbatelné. Poruchy zrakové percepce mohou vyústit např. v mylný výklad podnětů z prostředí, mají často problémy s nacházením věcí. Velmi často se to stává, pokud se nenacházejí na známém místě. Člověk má dále problém s nacházením cesty, nepoznává řadu předmětů či lidí. V posledním stádiu již nepoznává ani své blízké, své pečovatele a ve finále nepozná ani sám sebe. Setkáváme se s pojmem aprebignosis, což znamená poruchu při poznávání tváří. Dalším výrazným problémem je, že člověk nedokáže odhadnout vzdálenost či výšku předmětů, a tak dochází např. k zakopávání.

Porucha motoriky

Posledním důsledkem kognitivní poruchy je porucha motoriky. Jedná se o apraxii. Během života si naše nervová soustava vytvoří několik milionů pohybových vzorců. Správné používání těchto vzorců zajišťuje výkonová funkce. Jakmile dojde k porušení těchto výkonových funkcí, dochází k velkým problémům v úkolech, které potřebují ke svému vykonání řadu kroků. Člověk má problémy s tím, aby vůbec činnost začal, nebo se ustrne uprostřed činnosti.

Klientovi velmi pomáháme tím, že mu jednotlivé úkoly rozfázujeme na určité kroky a ty mu postupně předkládáme. Jelikož klient není ani schopen správně ty úkoly řadit za sebou, je potřeba, abychom vždy zadali jeden úkol a po jeho splnění zadali další úkol, tedy další krok ke splnění dané činnosti. Rozfázujeme např. činnosti jako je čištění zubů či oblékání. Člověk by si totiž mohl oblečení obléknout ve špatném pořadí. (Zgola, M. J. 2003; Matoušová, M. 2011)

1.6 Diagnostika a diferenciální diagnostika

Včasná diagnóza je velmi důležitá jak pro člověka s ACH, tak pro pečovatele. Oba po stanovení diagnózy konečně ví, co je vlastně trápí a mohou situaci začít řešit. Mohou se připravit na zvládnutí nemoci a orientovat se na to, co je bude v budoucnu čekat. Důležitou roli při včasné diagnóze hrají hlavně rodinní příslušníci a pečovatelé, kteří jsou s klientem nejvíce času. Bohužel v počátcích onemocnění dost často dochází k podceňování příznaků, které jsou někdy mylně označovány za běžné projevy stárnutí, a

proto se člověk s ACH dostane k lékaři až v pozdějších stádiích onemocnění. Holmerová uvádí, že se jedná zhruba o ½ všech klientů s Alzheimerovou chorobou. (Holmerová, I., Jarolímová, E., Suchá, J. a kol. 2007) Občas se také může stát, že se klienti setkají s neochotou či nedostatečnou osvětou u lékaře při stanovování diagnózy, popř. se můžou setkat s tím, že lékař má pocit, že se pro klienta už nedá nic udělat.

Diagnóza může být pravděpodobná nebo možná. Jistotu, že se jedná právě o Alzheimerovu chorobu, nám může dát až pitva.

Kritéria dle NINCDS – ADRDA pro pravděpodobnou diagnózu Alzheimerovy choroby jsou: demence musí být prokázána klinickým vyšetřením a podpořena neuropsychologickými testy, postižení dvou nebo více kognitivních schopností, musí docházet k progresi ve zhoršování paměti a v dalších kognitivních oblastech, nepřítomnost systémových onemocnění a dalších chorob mozku, které mohou vést ke zhoršení paměti a dalších kognitivních funkcí. Toto vše by mělo být ještě podpořeno narušením běžných denních činností a podpůrným vyšetřením (např. CT mozku nebo NMR mozku), které vede k vyloučení jiných příčin demence.

Možná Alzheimerova choroba je nemoc s atypickým průběhem, nebo je přítomno další onemocnění, které způsobuje demenci (např. alkoholismus). (Pečínková, J. 2011)

Konvrzková ve své práci uvádí tyto diagnostické metody: psychiatrické vyšetření, psychologické vyšetření, hodnotící škály, sběr anamnestických údajů, moderní zobrazovací metody k určení rozsahu mozkové atrofie, metody zobrazující mozkový metabolismus, vyšetření evokovaných potenciálů a EEG (elektroencefalograf). (Konvrzková, M. 2008)

Od zobrazovacích metod očekáváme, že vyloučí jiné patologie a potvrdí podezření na degenerativní proces, který by mohl být např. v přítomnosti atrofie určitých oblastí, syndrom demence ale může být přítomen i u normálních nálezů, anebo může být atrofie přítomna u lidí bez demence. (Růžička, E. 2003; Holmerová, I., Jarolímová, E., Suchá, J. a kol. 2007)

Do zobrazovacích metod řadíme např. výpočetní tomografii (CT) a magnetickou rezonanci (MR). Ty se zaměřují na ložiskovou nebo celkovou atrofii mozku, na výskyt a stupeň postižení bílé hmoty. Výpočetní tomografie může najít zmenšení temporálních laloků, které je většinou vyššího stupně než zmenšování doprovázející normální stárnutí, rozšíření postranních komor, fisura anterior a fisura lateralis. Tyto změny jsou znatelnější zejména v raném stádiu onemocnění. Magnetická rezonance určuje, jako poměrně spolehlivý diagnostický znak ACH, zmenšení hipokampu a rozšíření spánkového rohu postranní komory. (Koukolík, F., Jiráček, R. 1998) Do zobrazovacích metod dále řadíme také

SPECT (tomografická scintigrafie) a PET (pozitronová emisní tomografie), které podávají informace o kvalitě mozkového metabolismu, o krevním průtoku v mozku a o přítomnosti a aktivitě přenašečů vzruchů v mozku, tzv. neurotransmiterů. (Jiráček, R., Holmerová, I., Borzová, C. a kol. 2009)

Diagnostickými kritérii pro demenci dle DSM – IV jsou zhoršení paměti (tedy neschopnost učit se novým poznatkům a vybavovat si poznatky získané dříve) a nejméně jedna z těchto kognitivních poruch:

- Afázie (ztráta funkce řeči)
- Apraxie (ztráta schopnosti provádět jednotlivé motorické aktivity ačkoliv nedošlo k porušení motorických funkcí)
- Agnózie (porucha schopnosti poznávat či identifikovat věci navzdory nepoškozeným sensorickým funkcím)
- Narušení výkonných, exekutivních funkcí (např. abstrakce, plánování atd.) (Holmerová, I., Jarolímová, E., Suchá, J. a kol. 2007)

Stanovení diagnózy je v našich podmínkách postaveno na dělení dle MKN – 10 a ta dělí Alzheimerovu chorobu následovně:

F00.0 Demence u Alzheimerovy nemoci s časným začátkem

F00.1 Demence u Alzheimerovy nemoci s pozdním začátkem

F00.2 Demence u Alzheimerovy nemoci, atypického nebo smíšeného typu

F00.9 Demence u Alzheimerovy nemoci nespecifikovaná (Pečínková, J. 2011)

Součástí stanovení diagnózy „Alzheimerova choroba“ jsou neuropsychologické testy. Neuropsychologické vyšetření kognitivních funkcí zahrnuje vyšetření výkonosti motorického a sensorického systému, pozornosti, krátkodobé a dlouhodobé paměti, procedurální paměti, jazyka a řeči, vizuospeciálních funkcí a exekutivních funkcí. K vyšetření se používá celá řada neuropsychologických testů.

Mezi nejznámější testy patří např. MMSE (Mini Mental State Examination). Tento test je v dnešní době jeden z nejčastěji používaných a nejdostupnějších. Používají ho nejen odborníci, ale také rodina či pečovatelé a posuzuje míru kognitivních funkcí. Skládá se z orientace v čase, prostoru a osobě, schopnosti zapamatovat a vybavit si tři slova, řečové zkoušky – opakování věty, pojmenovávání předmětů; zkoušky kreslení a zkoušky počítání. Dále má klient také splnit určitý úkol. Klient může celkem získat 30 bodů.

S progresí onemocnění se výsledné skóre snižuje. Při neléčené demenci dochází k úbytku cca 3 – 4 body za rok. Důležité je si uvědomit, že výsledek testu může být ovlivněn různými subjektivními faktory (věk, nálada, únava, strach...). Negativem tohoto testu je, že určí pouze, zda se jedná, nebo nejedná o demenci, ale není specificky určen pro zjištění Alzheimerovy choroby. (Michalová, J. 2010 in Matoušová, M. 2011; Jiráček, R., Holmerová, I., Borzová, C. a kol. 2009)

Standardní hodnocení výsledků MMSE je (Červenka, V. 2008):

- 25 – 30 bodů bez poruchy kognitivních funkcí
- 18 – 24 bodů lehká forma demence
- 6 – 17 bodů středně těžká forma demence
- Méně než 6 bodů těžká forma demence

Dalším známým testem je test hodin. Klient má nakreslit ciferník hodin se všemi číslicemi. Dále má nastavit ručičky na danou hodinu. Hodnotí se, jestli klient správně nakreslil kruh (ciferník), správnost pořadí čísel a správnost postavení ručiček. Klient v tomto testu může dosáhnout až 10 bodů. (Michalová, J. 2010 in Matoušová, M. 2011)

Používat můžeme např. i test řečové fluence neboli řečové plynulosti. Klient dostane zadání, aby vyjmenoval co nejvíce slov (např. začínající na určité písmeno...) a musí to splnit v určitém časovém intervalu. Hodnotí se zde pohotovost, pracovní a slovní paměť, motivace a iniciace.

Dalším testem je např. Wechslerova škála paměti. Ta poskytuje informace o zrakové a slovní paměti (testuje zejména okamžité a oddálené vybavení). Testuje orientaci, logickou paměť, zapamatování si slov, tváří, zrakovou reprodukci, uspořádání čísel a písmen, rozsah čísel a prostoru.

Využít můžeme také testy řečových funkcí – WAB. Test je rozdělen na dvě části. První část sleduje spontánní řeč, pojmenování, opakování a porozumění. Ve druhé části jsou názorové testy hodnotící čtení, psaní, počítání. Dále také vykonávání úkolu a doplnění obrazce do logické série.

Jiráček dále uvádí test kreslení dráhy, který hodnotí schopnost plánování, zrakově – pohybovou koordinaci, zrakové vyhledávání, pozornost a schopnost přizpůsobit se. Test dále sleduje také psychomotorické tempo klienta. (Jiráček, R., Holmerová, I., Borzová C. a kol. 2009)

Při diagnostice se setkáváme také s testy, které se zabývají narušením běžných denních aktivit. Mezi tyto testy patří ADL (Barthelův test základních denních činností) a IADL (Instrumentální test denních činností). ADL zahrnuje činnosti jako je např. oblékání, hygiena, používání WC, schopnost kontinence moči a stolice, chůze po schodech a po rovině. Do IADL patří schopnost klienta postarat se sám o sebe a schopnost samostatného života. Sledují se např. tyto činnosti – telefonování, nakupování, vaření, péče o domácnost, spravování financí nebo užívání léků. (Michalová, J. 2010 in Matoušová, M. 2011)

Schopnosti jednotlivce s psychickým, intelektuálním nebo emocionálním postižením zkoumá funkční hodnocení. Zkoumá, jak je jedinec schopen vyrovnat se s každodenními situacemi. Obecně je využíváno k tomu, aby pečovatel mohl co nejlépe identifikovat úkoly, které jedinec zvládne sám, u kterých bude potřeba pomoci a které bude nutné udělat celé za klienta. Některá funkční hodnocení slouží k tomu, aby se stanovila úroveň péče o klienta a aby pro něj mohl být nalezen nejvhodnější program a služby. Dále slouží k poznání toho, zda jedinec zvládne bydlet stále sám, nebo bude nutné ho přeradit do zařízení poskytujících péči. (Zgola, J. 2003)

Výčet zakončím vyjmenováním dvou testů, které uvádí ve své knize „Demence a jiné poruchy paměti“ Jiráček a kol. Jedná se Stroopův test sledující míru pozornosti, mentální pružnost, psychomotorické tempo a adaptaci na zátěž, a testy vizuospaciálních funkcí, konstruktivní apraxie – Bender – Gestaltův test, který sleduje schopnost obkreslit různé obrazce, jejichž obtížnost se zvyšuje. (Jiráček, R., Holmerová, I., Borzová, C. a kol. 2009)

Dále je velice důležitá diferenciální diagnostika, která nám pomáhá Alzheimerovu chorobu odlišit od dalších typů demence či od jiných onemocnění. Jako první vyloučíme možnost deprese či deliria.

Diferenciální diagnostika se zabývá např. vyloučením demence vaskulární. Rozdíl mezi Alzheimerovou chorobou a ischemicko – vaskulární demencí je takový, že ACH začíná pomalu, plíživě a plynule progreduje, vaskulární demence oproti tomu vzniká náhle a progreduje rychleji. Vaskulární demence také oproti ACH výrazněji kolísá v krátkodobém časovém horizontu. Vaskulární demence progreduje ve skocích, úměrně tomu, jak narůstá počet mozkových mikroinfarktů. ACH má mnohem méně přidružených neurologických symptomů a také se mnohem méně objevuje jako přidružený symptom deprese. U vaskulárních demencí se více objevují hypertenze a cévní mozkové příhody.

Velice znatelným rozdílem je degradace osobnosti, která je u vaskulární demence méně znatelná. Osobnost bývá velice dlouho zachována, lidé si dlouho uvědomují svoje onemocnění, s čímž právě souvisí zvýšený výskyt deprese. Oproti ACH se u vaskulární demence také zvýšeně objevují deliria. Pro orientační diferenciální diagnostiku slouží Hachinskiho ischemické skóre. Jedná se o test, kde je 13 položek s příznaky, které jsou obodovány jedním nebo dvěma body. Čím vyšší skóre, tím vyšší pravděpodobnost výskytu Alzheimerovy choroby a naopak čím menší skóre, tím vyšší pravděpodobnost výskytu vaskulární demence. Hachinskiho ischemické skóre uvádím pro ukázkou v příloze. Důležitou součástí při diferenciální diagnostice jsou také zobrazovací metody, které ukáží vaskulární změny.

Diferenciální diagnostika je také potřeba u smíšeného typu – alzheimerovsko – vaskulárního typu. V tomto případě je diferenciální diagnostika velice náročná. Zobrazovací metody ukazují vaskulární změny a přítomnost kortiko – subkortikální atrofie, která ale nemusí být vždy rozsáhlá. Klinický obraz je v dlouhodobém horizontu plynule progredující, ale v krátkodobém horizontu se objevují časté výkyvy.

Dále je potřeba odlišit ACH od korové nemoci s Lewyho tělísky (nebo také demence s Lewyho tělísky), která má dlouhodobě podobný průběh jako ACH. Jedná se o pomalou progresi a postupující deterioraci. V krátkém časovém horizontu jsou však na rozdíl od ACH patrné fluktuace klinického stavu. U nemoci s Lewyho tělísky je přítomen také hypertonicko – hypokinetický syndrom. Bývá také přítomna paranoidita a halucinace. Demence s Lewyho tělísky představuje zhruba 15 – 25% všech demencí. K diagnostice slouží kritéria, která jsou vypracovaná Nottinghamskou skupinou. (Koukolík, F., Jiráček, R. 1998)

Diferenciální diagnostika se týká i symptomatické demence. Ta se liší především anamnestickými údaji a klinickým obrazem demence a dále řadou pomocných vyšetření. Jedná se např. o biochemické vyšetření, sérologické vyšetření či hematologické testy. Sérologické vyšetření nám může odlišit např. demenci při neurolyse, demenci při AIDS atd. (Růžička E. et al. 2003)

1.7 Terapie Alzheimerovy choroby

V současné době ještě není zcela známá etiopatogeneze choroby, a proto stále nevíme, jak přesně léčit Alzheimerovu chorobu. Stále neexistuje lék, který by byl zcela účinný. Máme však k dispozici řadu léků, které mohou oddálit rozvoj přidružených kognitivních poruch, a mohou také lépe zvládnout ostatní projevy onemocnění, např. celou

řadu behaviorálních poruch. Zlepšuje se tím kvalita života nejen pro samotného člověka s Alzheimerovou chorobou, ale také kvalita života pečovatele.

Terapii můžeme rozdělit na farmakoterapii (farmakologické přístupy) a nefarmakoterapii (nefarmakologické přístupy), nebo také na biologickou či nebiologickou terapii. Je ovšem velice žádoucí, aby docházelo ke kombinaci všech dostupných forem terapie.

Farmakoterapie

Farmakoterapii lze rozdělit na kognitivní farmakoterapii a nekognitivní farmakoterapii. Kognitivní ovlivňuje zejména porušené poznávací funkce a nekognitivní ovlivňuje přidružené poruchy nálad a afektů, chování, spánku atd.

U lehkých a středních forem ACH jsou v současné době základními léčivy tzv. inhibitory acetylcholinesteráz. Jsou to enzymy, které odbourávají jeden z významných přenašečů vzruchu – acetylcholin. U lidí, kteří trpí Alzheimerovou chorobou, se tato látka tvoří a uvolňuje v mozku mnohem méně než u lidí, kteří netrpí demencí. Tato látka je velice důležitá právě pro paměť. Pokud tedy my zablokujeme v mozku enzymy cholinesterázy, dosáhneme tím zvýšení acetylcholinu a tím pádem i zlepšení paměti. U nás se používají tři inhibitory cholinesteráz. Jsou jimi donepezil, rivastigmin a galantamin.

V těžších fázích Alzheimerovy choroby je používána látka, která působí přes jiný systém mozkových přenašečů vzruchu, tzv. excitační aminokyseliny. Jedná se o memantin částečně blokující enzymy. Působí neuroprotektivně, což znamená, že chrání některé nervové buňky před škodlivinami (např. hyperkalcemií) a také zlepšuje proces učení se. (Jiráček, R., Holmerová, I., Borzová, C. a kol. 2009)

Dále se v léčbě může používat celá řada dalších farmakologických přístupů, které však nejsou dostatečně prozkoumány. Jedná se např. o látky, které likvidují volné kyslíkové radikály. Při normálním stavu dochází k rovnováze mezi tvorbou a spotřebou těchto radikálů. Slouží jako stavební jednotka pro nově vznikající látky a fungují také jako přenašeče informací. U člověka s ACH však dochází ke zvýšené tvorbě a tělo je nestačí spotřebovat. Dochází tedy k jejich nadbytku. Naváží se na stěny nervových buněk, na enzymy nebo na další tkáň a způsobí jejich poškození.

Dále se využívá např. E-vitámín, C-vitámín, betakaroten nebo retinol. Jedná se však spíše o doplňkové prvky.

Mezi nekognitivní farmakoterapii řadíme např. antipsychotika II. generace, která slouží k tišení neklidu, nebo při přidružených deliriích. Mají minimum nežádoucích vedlejších účinků. Dále se užívají také moderní antidepressiva nebo moderní anxiolytika, což jsou látky proti úzkosti. Nekognitivní farmakoterapie obecně působí na poruchy chování, změny nálad, afektů či u poruch spánku. (Jiráček, R., Holmerová, I., Borzová, C. 2009)

Nefarmakoterapie

Jelikož by měla být terapie komplexní, užívá se celá řada nefarmakologických přístupů. Výčtem některých z přístupů k lidem s ACH, včetně jejich popisu, se budu zabývat v následující kapitole, která bude přímo zaměřená pouze na nefarmakologické přístupy u osob s ACH, se kterými se také můžeme setkat v celé řadě zařízení pro osoby s ACH.

2 NEFARMAKOTERAPEUTICKÉ PŘÍSTUPY

2.1 Úvod k nefarmakologickým přístupům

Jak už bylo v závěru minulé kapitoly napsáno, je důležité, abychom k terapii s klientem trpícím Alzheimerovou chorobou přistupovali komplexně. Tedy, abychom farmakoterapii doplnili také nefarmakoterapií, tedy nefarmakoterapeutickými přístupy. Základem celé terapie je správný přístup ke klientovi s Alzheimerovou chorobou.

Když pracujeme s klientem s ACH, snažíme se ho motivovat. Co se týče motivace, tak ta není vždy nejjednodušší. Staří lidé už se nedokážou bezvýhradně nadchnout pro určitou činnost, dost často dochází také k apatii či nezájmu, proto se může motivace stát velmi obtížným činem. My motivaci můžeme zvýšit tím, že uděláme činnosti s určitým smyslem, nebo dovolíme, aby si klient vyrobenou věc odnesl či vystavil. Klienta s Alzheimerovou chorobou také aktivizujeme. Aktivita nám posilují lidskou důstojnost a vlastní sebeuvědomění, jelikož nám dávají smysl a účel života. Aktivita také vytvářejí určité mezníky času a strukturují tak den člověka s Alzheimerovou chorobou.

Cílem aktivizace je určitě udržení, popř. zlepšení, stávajících dovedností (např. soběstačnost ve všedních denních činnostech), dále také smysluplné využití volného času, eliminace nežádoucích poruch chování (např. neklid, bezcílné bloudění). Aktivita mají velmi pozitivní vliv na emoční stav klienta – zvyšují jeho sebevědomí a sebedůvěru a zajišťují komunikaci mezi klienty či mezi klientem a terapeutem. Jak už bylo řečeno, jejich význam také tkví v tom, že zajišťují pravidelný režim dne.

Pokud se klient účastní aktivity poprvé, měl by mu terapeut vše vysvětlit, věnovat se mu a upozornit ho na to, že může kdykoliv činnost ukončit, že aktivity nejsou bezpodmínečně povinné. Aktivita by měly být vedeny s humorem, ale samozřejmě s ohledem na jednotlivé klienty. Terapeut by měl umět ukázat, že i on není neomylný a že se tedy klienti nemusí bát neúspěchu. Aktivita by neměla být příliš dlouhá a vyčerpávající a měla by poté být nahrazena aktivitou, která rozvíjí jinou část osobnosti klienta. Přiměřenost aktivity je velice důležitá. Příliš aktivit může totiž klienty vyčerpat nejen fyzicky, ale také psychicky (může také např. zhoršit jejich behaviorální projevy). Základem úspěchu je terapeutovo zaujetí činností, a aby znal jednotlivé klienty. (Holmerová, I., Jarolímová, E., Suchá, J. a kol. 2007)

Terapie může být individuální, kdy se terapeut věnuje přímo jednomu klientovi a činnost může být modifikována přímo dle individuálních možností klienta, dále můžeme

terapii vést skupinově. Skupinové aktivity jsou náročnější na vedení. Náročnější je také vymýšlení činností pro větší počet klientů, kdy každého můžou trápit jiné problémy. Při skupinové aktivitě by mělo být přítomno zhruba 6 – 8 účastníků. Větší počet účastníků by sice terapeut jistě zvládl, ale nemohl by se již věnovat každému zvlášť, což není žádoucí.

Důležité je nezapomínat na pečovatele a na rodinné příslušníky, kteří na sebe pečováním o člověka s ACH berou velké břemeno, a je potřeba umožnit jim regeneraci a relaxaci. V posledních letech se můžeme setkat s různými svépomocnými skupinami, které vznikají právě pro pečovatele a rodinné příslušníky. Tyto skupiny organizují vzdělávání pečovatelů a rodinných příslušníků, výměnu informací a spolupracují s celou řadou organizací a institucí. U nás existuje Česká Alzheimerovská společnost. (Koukolík, F., Jiráček, R. 1998)

Holmerová ve své knize „Péče o pacienty s kognitivní poruchou“ rozděluje nefarmakoterapeutické přístupy do jednotlivých skupin (pod jednotlivými body jsou uvedeny aktivity rozdělené do skupin a v závorkách jsou vypsány už jednotlivé aktivity, které spadají pod tu kterou skupinu):

- Podpora pacienta a jeho blízkých v úvodní fázi onemocnění, poskytnutí informací (včasná diagnóza a podpora pacienta v úvodní fázi onemocnění, poskytnutí informací a navázání kontaktu)
- Zachování či zlepšení kognitivních funkcí (reminiscenční terapie, orientace v realitě)
- Zachování či zlepšení soběstačnosti v aktivitách denního života (vedení k soběstačnosti, lifestyle approach)
- Zmírnění či odstranění problémového chování a psychologických příznaků ACH (systematická edukace a odborné vedení profesionálních pečujících, videotrénink interakcí, metoda Marthe Meo, SimPres, předvídatelnost, pravidelnost a strukturovanost denního režimu)
- Celostní přístupy zaměřené na zlepšení kvality života klientů s ACH a zlepšení komunikace mezi klientem a pečovatelem (validace, preterapie, habilitační terapie, stimulační a aktivizační metody - arteterapie, muzikoterapie, dramaterapie, petterapie...)
- Zlepšení kvality života klientů v terminálních fázích onemocnění (maieutický přístup, paliativní péče v terminálních fázích, namaste)
- Podpora pečujících rodin (Česká Alzheimerovská společnost)

- Adaptace prostředí pro klienta s demencí
 - Organizační opatření, systém péče a služeb
- (Holmerová, E., Jarolímová, E., Suchá, J. a kol. 2007)

Samozřejmě existuje celá řada dalších nefarmakoterapeutických přístupů. V mé diplomové práci se budu zabývat pouze některými přístupy, jelikož rozsah mé práce nemůže pojmut všechny možnosti terapií. Následující aktivity jsem si vybrala z toho důvodu, že jsou nejčastěji zmiňované v literatuře a jsou, dle mého názoru, nejčastěji používané. Já sama jsem se některých následujících aktivit v rámci výzkumu zúčastnila.

2.2 Reminiscenční terapie

Někteří autoři využívají pojmu reminiscence, jiní používají termín reminiscenční terapie. Já ve své diplomové práci budu používat pojem reminiscenční terapie.

Základy reminiscenční terapie položil v 60. letech 20. století Dr. Robert Butler. Ten ji původně nazval „life review“ neboli „rekapitulace života“. (Konvrzková, M. 2008)

Reminiscenční terapie je nejčastěji vymezována jako proces, při kterém dochází ke vzpomínání na příjemné okamžiky života.

Sim uvádí takovouto definici reminiscenční terapie: *„Reminiscenční terapie v sobě zahrnuje celou řadu interaktivních, tvořivých a výrazových aktivit, jejichž společným jmenovatelem je zájem o minulé životní zkušenosti lidí, kteří se jí účastní. Jedná se o celé spektrum aktivit, od interaktivních setkání, na kterých lidé hovoří o své minulosti, až po umělecky zaměřené projekty a projekty, při kterých dochází k navázání úzké spolupráce s komunitou.“* (Sim in Špatenková, N., Bolomská, B. 2011, str. 22)

Reminiscenční terapii lze pokládat za velmi dobrou terapii v praxi v jakémkoliv prostředí a to zejména proto, že se jedná o metodu účinnou, levnou a snadno aplikovatelnou, je vhodnou metodou pro lidi v lehčím či středním stádiu demence a je také vhodná pro všechny lidi, u kterých už nemáme mnoho dalších alternativních metod. (Holmerová, I., Jarolímová, E., Suchá, J. a kol. 2007). Terapeutický vliv reminiscenční terapie je nesporný. Terapeuticky působí zejména tyto faktory:

- Katarze (ozdravný zážitek, osvobození se od vnitřních konfliktů...)
- Sebeodhalení
- Větší otevřenost při komunikaci s ostatními účastníky terapie
- Uvědomění si univerzálnosti své zkušenosti

- Pocit přijetí skupinou
- Altruismus vůči ostatním ve skupině
- Podpora, informace získané od dalších účastníků terapie (i od terapeuta)
- Porozumění sobě samému
- Učení se nápodobou
- Zvýšení naděje
- Uvědomění si vlastní síly a zodpovědnosti (Špatenková, N., Bolomská, B. 2011)

Faith Gibsonová dělí reminiscenční terapii na obecnou a specifickou. Obecná reminiscence je dle této autorky předem naplánovaná a je při ní využívána celá řada reminiscenčních pomůcek, které vyvolávají vzpomínky z minulosti. Specifická reminiscence využívá specifické, cílené pomůcky, které většinou klienti sami vlastní, nebo jsou s nimi úzce spjaté. Dle autorky je tato forma velice vhodná právě pro osoby s demencí. (Gibsonová in Špatenková, N., Bolomská, B. 2011) Dále můžeme reminiscenční terapii dělit na individuální nebo skupinovou, kterou dále ještě můžeme rozdělit na formální a neformální. Neformální skupinová terapie probíhá spontánně a nenuceně, většinou se jedná o rozhovor při běžných denních činnostech. Tato neformální terapie by měla být součástí každodenní interakce s člověkem s ACH. Formální skupinová terapie je cílená a předem naplánovaná. Dost často samozřejmě dochází k vzájemnému prolínání formální a neformální terapie. (Špatenková, N., Bolomská, B. 2011)

Nyní se budu stručně zabývat tím, jak by se mělo v reminiscenční terapii postupovat. V první řadě by měl proběhnout individuální rozhovor s klientem a s jeho rodinou. V tomto počátečním rozhovoru zjišťujeme řadu informací. Jedná se např. o to, zda klient preferuje spíše individuální či skupinovou terapii, jak klient rozumí mluvené řeči, jak se umí vyjadřovat nebo jaký způsob komunikace preferuje, dále zjišťujeme sociální anamnézu a zdravotní stav. Rodinní příslušníci nám mohou poskytnout řadu informací, na které si již klient s ACH nevzpomíná (např. různé traumatické události, u kterých je vhodné se jim vyhnout v komunikaci) Mohou se také účastnit samotné terapie. Po tomto vstupním rozhovoru následuje už samostatná terapie, která tedy může být individuální, zejména pro osoby, které se straní společnosti, nebo skupinová. Na závěr by měl terapeut shrnout dosavadní terapii, zdůraznit to, čeho se společnými silami dosáhlo. Měl by dát prostor také klientům, aby se vyjádřili, co pro ně setkávání znamenalo, co jim to přineslo.

Skupinová terapie u osob s ACH má určité zásady. Skupina by měla být menší, zhruba 2 – 4 osoby. Setkání bývají kratší a jsou častější než 1x týdně. Lidé by se měli scházet ve stejnou dobu (čas, kdy jsou lidé nejbystřejší), na stejném místě a podobným způsobem. Je důležité získat co nejvíce informací o životě klienta s ACH, vhodně volíme reminiscenční pomůcky a také je podstatné stanovit realistické cíle, aby nedocházelo k přetěžování klientů.

Při reminiscenční terapii využíváme řadu témat z minulosti. Jedná se např. o téma dětství a dospívání, svatba a rodičovství, cestování, výlety, zvířata, zaměstnání, móda, hudba, vaření, kultura atd.

Aby byla reminiscenční terapie co nejvíce úspěšná, je potřeba dodržovat určitá pravidla. Jedním z nich je pozorné naslouchání, zaznamenávání si či zapamatování si určitých významných událostí z klientova života, dále je důležité být empatičtí, citliví, ukazovat zájem o klienta a jeho rodinu a v neposlední řadě je také důležité, aby terapeut uměl zvládnout negativní emoce ze strany klienta či jeho rodiny. (Holmerová, I., Jarolímová, E., Suchá, J. a kol. 2007)

Při terapii využíváme řadu zdrojů. Jedná se o reminiscenční pomůcky, komunitní zdroje (místa, která můžeme navštívit – např. knihovna, škola, muzeum...) a lidské zdroje (lidé, kteří mohou spolupracovat – dobrovolníci, rodinní příslušníci, umělci...). Do reminiscenčních pomůcek řadíme např. fotografie, starší knihy, kalendáře, starší předměty, které člověk stále běžně využívá (např. staré hračky, staré váhy, mlýnek na kávu, staré pero...), různé smyslové pomůcky (čaj, hudba, pečivo nebo různé druhy látek). Vždy záleží na kreativitě terapeuta a na zvyklostech jednotlivých klientů. Může se uspořádat např. vzpomínková výstava s fotografiemi, může se vytvořit kniha vzpomínek, která bude obsahovat příběhy, básně atd., což může mít stimulující účinek. Klient s terapeutem také může vytvořit knihu životního příběhu, se kterou jim také většinou pomůže rodinný příslušník. Další reminiscenční aktivitou je např. tanec na starou hudbu, poslech hudby, čtení knih, poezie, vyprávění příběhů, dramatizace příběhů atd. (Holmerová, I., Jarolímová, E., Suchá, J. a kol. 2007; Špatenková, N., Bolomská, B. 2011)

Reminiscenční terapii můžeme využít při práci s různými skupinami lidí a její vliv je nesporný také u osob s Alzheimerovou chorobou. Jedná se zejména o to, že ačkoliv mají lidé s ACH problém s krátkodobou pamětí, dlouhodobá paměť je dlouhou dobu funkční a lidé si tedy mohou vybavovat své zážitky z minulosti. Velkou výhodou také je, že tato terapie neukazuje na nedostatky člověka s ACH, tuto terapii člověk s ACH zvládne a nedočká se tedy neúspěchu, který by mohl být demotivující.

Hlavními zásadami při práci s lidmi s ACH jsou:

- Hlavní roli při navazování kontaktu s osobou s ACH hrají emoce. Důležité je vytvořit pozitivní atmosféru, která velmi výrazně přispívá ke zlepšení stavu člověka s ACH. Dochází k utlumení stresu, neklidu nebo agresivního chování. Zlepšuje se také pozornost a sociabilita klientů.
- Podpora pracovníků v aktivním kontaktu s lidmi s ACH. Pečovatelé a všichni ostatní lidé, kteří jsou v kontaktu s touto osobou, by měli umět respektovat individualitu a důstojnost toho každého jedince. Terapii je nutno přizpůsobit potřebám účastníků. Někdy je potřeba aktivity zkrátit, zjednodušit, zkrátka nějak upravit, aby vyhovovaly potřebám lidí s ACH. (Špatenková, N., Bolomská, B. 2011)

Reminiscenční terapie je prospěšná nejen pro samotné klienty s ACH, ale také pro jejich pečovatele a rodinné příslušníky, kteří ještě stále mohou s člověkem s ACH prožívat příjemné chvíle naplněné pozitivními vzpomínkami z minulosti.

2.3 Orientace realitou

Některé behaviorální příznaky mohou být způsobeny tím, že člověk s Alzheimerovou chorobou nedokáže rozumět, nebo se orientovat, ve stále se měnícím okolním světě. Proto je velice důležité, abychom člověka s ACH orientovali v realitě a tím mu poskytli možnost rozumět okolnímu prostředí a cítit se jistěji a lépe. Někdy je samozřejmě možné, že nesprávná orientace realitou může některé nežádoucí behaviorální příznaky vyvolat. Je podstatné, aby, stejně jako všechny ostatní terapie, byla vedena erudovaně a citlivě.

Orientace realitou je terapie, která umožňuje klientovi s kognitivní poruchou, aby lépe porozuměl a lépe se orientoval v okolním světě po co nejdelší dobu. Cílem terapie je zlepšit celkovou orientaci, zmenšit zmatenost a zvětšit samostatnost a nezávislost člověka s ACH.

Tato terapie pochází z USA, kde v 50. letech minulého století vznikla. Do Evropy se postupně rozšířila v 80. letech minulého století.

Důležitá je kontinuálnost terapie, tzn., aby terapie orientace realitou byla každodenní součástí každého kontaktu s danou osobou. Začínáme tedy již ráno, kdy osobě s ACH řekneme, že je ráno, kolik je hodin, kde se nachází a co se dělá a dělat se bude. Dále také představíme osoby, se kterými se člověk s Alzheimerovou chorobou setkává.

Velmi dbáme na správné oslovení samotného klienta. Oslovujeme pane či paní, titulem, jménem či příjmením. V zařízení bychom neměli klientovi tykat, pokud si přeje, aby se mu říkalo jménem, vždy by to mělo být formou vykání. Osobě s Alzheimerovou chorobou podáváme takové informace, které jsou pro jeho orientaci důležité, ale které ho nebudou zbytečně stresovat a zatěžovat (např. abychom klienta nepřehltli informacemi či abychom mu nepodávali informace, které slyšet nechce, které ho zneklidní). Informace by měly být sděleny pozitivně, neměly by obsahovat negativní sdělení. Informace také sdělujeme tak, jako při běžném rozhovoru. Jakákoliv komunikace by měla být vedena velmi citlivě a klidně. Pokud člověk mluví překotně, nesouvisle, je potřeba mu dát najevo, že máme zájem slyšet to, co se nám snaží sdělit a komunikovat co nejjednodušším způsobem. Jakmile porozumíme, je třeba, abychom dali osobě zpětnou vazbu a tím ji motivovali k další konverzaci. Dobré je mít na paměti, že orientace realitou není dohadování se o realitě, či konfrontace s realitou. Nikdy bychom se neměli s klientem dohadovat, i když víme, že nemá pravdu. Může se stát, že budeme muset orientaci realitou přerušit, když dojde ke zneklidnění klienta, a vyměnit ji za jinou, vhodnější metodu, např. za validaci, o které se zmíním později.

Orientace realitou se může uskutečňovat buď ve formě individuální či ve formě skupinové. Individuální tedy provádíme při jakémkoliv kontaktu s danou osobou. Skupinovou terapii vedeme ve skupině lidí, kteří jsou na tom zhruba podobně v poznávacích schopnostech, zejména proto, aby nedocházelo k velkým rozdílům mezi jednotlivými osobami a také aby neměli klienti pocit, že nestačí na ostatní, že jim nerozumí. Nejčastěji se schází skupina zhruba 3 – 6 lidí a schází se přibližně 5x týdně. Jedno sezení trvá půl hodiny až hodinu. Skupinovou terapii zahájíme zmapováním, zjištěním stupně orientovanosti klientů, diskusí a upřesněním (jaký je den, datum, měsíc, rok, kdo má svátek či narozeniny atd.). Dále mohou následovat různé hry na kognitivní funkce, zejména hry zaměstnávající smysly. Tyto skupinové terapie se mohou zabývat jednotlivými tématy. Např. se může jednat o diskuze o počasí, o pacientech, o zprávách atd. Výbornou pomůckou pro skupinová setkání jsou různé noviny a časopisy, program televize atd., nad kterými mohou osoby s ACH diskutovat.

Za součást orientace realitou považujeme úpravu prostředí, ve kterém se jedinec s ACH pohybuje. Jedná se zejména o barevné označení jednotlivých místností, můžeme vyznačit barevnými šipkami směr k pokoji klienta, dát na dveře místností obrázky (piktogramy) atd. Tyto orientační body by měly být stabilní, aby mohl klient s ACH získat jistotu. Je samozřejmostí, že i orientaci v prostředí musíme klienta naučit. Určitě nebude

hned vědět, že šipky vedou právě k jeho pokoji atd. Dalšími pomůckami mohou být např. velké hodiny na stěně, závěsný kalendář, nástěnka s datem, měsícem, rokem atd. Zvláštní pozornost věnujeme prostředí v noci. Měli bychom odstranit jednotlivé rušivé elementy (např. venkovní světlo utlumíme okenními žaluziemi). Vhodné je také mírné osvětlení cesty např. na wc pomocí např. malých světelných bodů v zástrčkách. (Holmerová, I., Jarolímová, E., Suchá, J. a kol. 2007)

2.4 Kognitivní rehabilitace

U zdravých seniorů se pro aktivizaci používá zejména trénink paměti (kognitivní trénink). Ten se skládá z různých cvičení, která slouží ke zlepšení fungování jednotlivých kognitivních funkcí (soustředěnost, pozornost, myšlení, paměť atd.). Cílem je zlepšení jednotlivých funkcí a zamezení či omezení vzniku problémů, které by v důsledku těchto poruch mohly vzniknout.

Trénink paměti, kognitivní trénink, se pro osoby s Alzheimerovou chorobou příliš nehodí. Využívá se šetrnější metoda, kognitivní rehabilitace.

Při kognitivní rehabilitaci se nepracuje na čas, aktivity nejsou soutěžního charakteru, protože by to mohlo klienty výrazně stresovat. Na aktivity je dána dostatečně velká časová rezerva. Velký důraz je v kognitivní rehabilitaci kladen zejména na procvičování funkcí, které jsou stále zachovány, dále se klade důraz na zvyšování sebevědomí klienta a na zvyšování motivace k činnosti. Jednotlivé aktivity by měly probíhat zejména formou hry a měly by být zaměřeny na paměť dlouhodobou, která zůstává zachována nejdéle.

I kognitivní rehabilitaci lze provádět ve formě individuální či ve formě skupinové. Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol. ve své knize „Péče o pacienty s kognitivní poruchou“ uvádějí, že se osvědčilo provádět skupinovou kognitivní rehabilitaci bezprostředně po kinezioterapii, jelikož se domnívají, že cvičením se prokrví mozek a člověk je pak více soustředěný a lépe pracuje. Skupinová terapie by měla být zhruba v 5 – 10 lidech. Terapeut by měl opět vést terapii velmi klidně a citlivě a měl by umět pružně reagovat na individuální problémy jednotlivých členů. Je potřeba, aby volil cvičení, která jednotliví členové zvládnou, a pokud vidí, že daný jedinec cvičení nezvládne, tu situaci dokázal správně a citlivě vyřešit (např. ji ukončit, ale ne tak, aby bylo jasné, co se stalo a klienta to tím pádem demotivovalo). Cvičení by mělo být zaměřeno na využití jednotlivých smyslů, nejlepší je zapojit co nejvíce smyslů. Cvičení by také mělo být skupinové, ne že bude terapeut vyvolávat jednotlivé klienty, kteří by se mohli dostat svoji nevědomostí do

nepříjemné situace. Pokyny by měly být zadávány jasně, jednoduše a krok za krokem. Důležité je, aby aktivity byly přiměřené a aby jednotlivé osoby ta daná aktivita bavila.

I kognitivní rehabilitaci lze zaměřit na jednotlivá témata. Jedná se např. o téma cestování, kdy si klienti mohou procvičit vlajky, hlavní města (přesmyčky měst), můžeme začlenit i reminiscenční terapii, kdy klienti vzpomínají, která místa navštívili, nebo muzikoterapii, kdy zpívají písničky, ve kterých se dané město objevuje. Dalším možným tématem je např. povolání nebo příroda.

U osob v lehčích stádiích Alzheimerovy choroby používáme cvičení, která procvičují krátkodobou paměť (např. hraní pexesa v různých variantách, hry typu „Až pojedu do Afriky, tak si s sebou vezmu...“, hry na pohybovou paměť, jazykolamy, pamatování si předmětů), u osob ve středním či pozdějším stádiu využíváme cvičení, ve kterých se využívá paměť dlouhodobá (doplňování přísloví a pranostiky, přirovnání, říkání říkanek, zpívání písniček, otázky ano/ne). (Holmerová I., Jarolímová, E., Suchá, J. a kol. 2007)

2.5 Senzorická stimulace

Senzorickou stimulaci můžeme aplikovat samostatně nebo jako součást kognitivní rehabilitace.

Jakoukoliv informaci, kterou si chceme zapamatovat, musíme nejprve zaznamenat našimi smysly. Máme paměť čichovou, zrakovou, sluchovou, chuťovou a hmatovou. Informace z okolního prostředí je nejprve zpracována v jednotlivé oblasti mozku, která je pro tu kterou paměť, a teprve poté je integrovaná do celkového obrazu. Dále máme ještě také motorickou paměť, která těchto pět dalších druhů doplňuje a umožňuje nám uvědomovat si polohu těla v prostředí atd.

K procesu stárnutí neodmyslitelně patří také úbytek paměti a postižení jednotlivých smyslových orgánů. Je potřeba smyslové orgány neustále trénovat.

Stimulace tedy může být např. hmatová. Ta se uplatňuje zejména u osob v mírném či středním stádiu demence a zejména u žen. Používají se různé druhy látek, kdy osoby mají poznat druh látky. Lze tuto stimulaci provádět se zrakovou, nebo bez zrakové kontroly.

Dalším druhem stimulace je stimulace čichová. U této stimulace můžeme využít kořenky, do kterých dáme různé druhy aromatických koření, a osoby mají poznat, o který druh se jedná. Opět lze provádět se zrakovou, nebo bez zrakové kontroly. Tato stimulace by neměla probíhat více jak 3x za sebou, protože si osoby zvyknou na dané koření a také

proto, že jednotlivá koření později „vyčichnou“. Čich můžeme stimulovat také pomocí aromaterapie, kdy se používají různé vonné tyčinky, aromalampy atd.

Stimulace může být také zraková. Tady používáme např. barevné čtverce či různé tvary a osoby mají za úkol říci, co v místnosti se nachází ve stejné barvě či ve stejném tvaru jako je barva (tvar) na předloženém obrázku.

Některé typy stimulací lze doprovázet reminiscenční terapií, kdy osoby vzpomínají na vůně, materiály z minulosti atd. (Holmerová, I., Jarolímová, E., Suchá, J. a kol. 2007)

2.6 Úprava prostředí

Prostředí, ve kterém klienti s Alzheimerovou chorobou žijí, by mělo být vlídné, příjemné, jednoduché a pro ně snadno předvídatelné. Jedná se samozřejmě jak o domácí prostředí, tak i o prostředí institucí, ve kterých jedinec s ACH krátkodobě nebo dlouhodobě přebývá. Měli bychom dbát zejména na zajištění bezpečnosti, tzn., měli bychom odstranit možné překážky a nástrahy, ale zároveň by to nemělo omezovat volný pohyb člověka s ACH. Mezi překážky a bariéry, které bychom měli odstranit, patří např. zvýšené prahy, prodlužovací šňůry, klouzavé koberce, nábytek v cestě, jedovaté rostliny atd. Zvláštní pozornost je třeba věnovat oblasti schodů, kde by měla být např. branka, aby člověk nespadl ze schodů. Další pozornost vyžaduje prostor koupelny a toalety. Součástí vybavení by měla být madla, neklouzavé rohože. Odstranit bychom měli různé chemikálie, u kterých hrozí, že je člověk s ACH může vypít či sníst. Jak už bylo řečeno v kapitole „orientace realitou“, pozornost vyžaduje prostředí v noci, kvůli ztížené orientaci klienta. Proto je třeba prostor vybavit těžkými závěsy či žaluziemi, které zabrání „vniknutí“ venkovního osvětlení, vhodné jsou také menší a tlumená světla v zástrčkách, které pomáhají při orientaci.

Zařízení by měla být projektována tak, aby odpovídala potřebám jedinců s ACH, bohužel v našich podmínkách k tomu dost často nedochází, neboť zařízení jsou většinou v již postavených a starších budovách. Prostor by neměl být nijak složitý, s množstvím chodeb a místností. Ideálním případem by bylo, aby na oddělení bylo max. 15 – 20 klientů. Prostor by měl obsahovat společenskou místnost, prostory pro volný pohyb a soukromé bytové jednotky. Soukromé bytové jednotky by měly být menší, v ideálním případě jednolůžkové, s vlastním sociálním zařízením, které by zajišťovalo soukromí klientů. Prostory pro volný pohyb by měly být venkovní i uvnitř v budově. Tyto prostory pro volný pohyb by měly mít např. lavičky, aby si lidé s ACH mohli odpočinout, a měly by zajišťovat bezpečnost tím, že z nich nelze odejít samostatně (např. signalizační zařízení,

dveře na kód atd.). Všechny místnosti by měly být jasně označeny např. piktogramy, které usnadní orientaci v prostředí. Prostory, ve kterých se lidé s ACH pohybují, by měly být stabilní a neměly by se příliš měnit. Jen tak se v nich mohou lidé s ACH dobře orientovat a dobře se cítit. (Jiráček, R., Holmerová, I., Borzová, C. a kol. 2009)

2.7 Kinezioterapie

Kinezioterapie je léčebná metoda, kterou využíváme paralelně s dalšími metodami, jako jsou farmakoterapie, biologická, fyzikální, psychologická a chirurgická terapie. Jedná se o obor interdisciplinární. Kinezioterapie pomáhá člověku nalézt psychosomatickou pohodu a k dosažení výsledků využívá aktivně prováděný pohyb, který je mimopracovní povahy. Během celého procesu pomáhá terapeut klientovi poznat své možnosti, rozvíjet seberegulaci a svoji osobnost a tím také zkvalitnit svůj život. Kinezioterapie nepracuje pouze s biologickou složkou osobnosti, ale také se složkou psychickou a sociální, která v sobě zahrnuje sociální vztahy a komunikaci.

Kinezioterapie dle Holmerové, Jarolímové, Suché a kol.: *„podněcuje aktivitu jedince, zvyšuje sebeúctu, snižuje úzkost, depresi, percepci stresu a reaktivitu na stres, zvyšuje odolnost vůči zátěžím, má euforizační účinky, zlepšuje mentální funkce, zdůrazňuje neverbální prvky a postupně vyvolává potřebu komunikace. Má aktuální i deletrující účinek na psychický stav. Má široké využití i v oblasti prevence.“* (Holmerová I., Jarolímová, E., Suchá, J. a kol. 2007, str. 189)

Pro udržení nezávislosti ve vyšším věku je podstatné, aby byl senior co nejvíce pohybově aktivní a předcházel tak řadě problémů, např. svalové atrofii, zatuhnutí kloubů atd.

Kinezioterapie u osob s ACH má své zvláštnosti. Jedná se zejména o to, že člověk s ACH je dezorientovaný a není schopen vnímat signály z vlastního těla. Při samotné terapii spíše sleduje terapeuta a cvičí zejména formou nápodoby. Klienti pohyb nejsou schopni prožívat, nelokalizují své dýchání atd. Velice často se také objevuje apraxie, která zhoršuje jejich motoriku a způsobuje problémy s prostorovým vnímáním. Terapeut by měl kinezioterapii vést pomocí jednoduchých pokynů, neměl by používat termíny, jako jsou „pravá“ nebo „levá“, protože pravo - levá orientace je většinou také narušena, měl by tedy spíše používat pojmy typu „jedna“ nebo „druhá“. Terapeut by měl ale opravdu dohlížet na to, aby klienti procvičili obě končetiny a aby nedocházelo k jednostrannému cvičení. Cvičení by nemělo být takové, které vyžaduje vzájemnou koordinaci dolních a horních končetin, jelikož takové cvičení je pro osoby s ACH příliš náročné.

Klienta bychom neměli příliš opravovat, jelikož by mohlo dojít k jeho demotivaci. Cílem kinezioterapie by mělo tedy být oprostít člověka s ACH od negativních pocitů, od pocitů selhání atd. Opravovat bychom měli pouze tehdy, pokud klient provádí pohyb špatným způsobem.

Nyní bych se ráda zabývala tím, jak by měla daná cvičební jednotka vypadat. Cvičení by mělo probíhat nejlépe každý den, zhruba ve stejném čase. Cvičení by mělo probíhat minimálně hodinu, až po jídle, v pohodlném oblečení a ve vyvětrané místnosti. Nemělo by být ničím narušeno, aby probíhalo kontinuálně. Primární věcí je zajištění bezpečnosti cvičení a daných klientů. Cvičící by měli mít možnost se během cvičení kdykoliv napít a odejít na WC. Je třeba počítat s celou řadou zdravotních komplikací, na základě kterých je třeba upravit jednotlivé cviky. Jednotlivé cviky opakujeme asi 4 – 6x. Někdy je třeba, aby cvičení probíhalo vsedě na židli. Židle by měly být rozestavěny do kruhu, aby na sebe cvičící viděli a aby všichni dobře viděli na terapeuta. Každá cvičící jednotka má tři části.

První část je úvodní, rozehřívací. Začínáme tím, že klienty „uvedeme do reality“. Dále bychom měli vysvětlit, co se bude ten den dít, jak vše bude probíhat. Dostaneme cvičící do správné cvičební polohy, ze které se provádí prohloubené dýchání.

Druhá část je část hlavní. Ta má předem daný záměr, který je daný mírou onemocnění, aktuálním stavem atd. Míra zátěže by měla být mírná až střední. Hlavní část se většinou skládá z celkového procvičení těla bez náčiní, dále cvičení s náčiním, využít můžeme také různé pohybové hry pro osoby s ACH. Cvičení by mělo probíhat od hlavy, trupu, dále postupuje k horním končetinám a postupně dojdeme k dolním končetinám. Na končetinách začínáme vždy současným bilaterálním pohybem a následně zkoušíme unilaterální pohyby. Můžeme využít také bilaterální střídavé pohyby.

Cvičení ukončujeme částí třetí, závěrečnou. Tato část zahrnuje závěrečné protažení a klidové dýchání. Důležitou součástí třetí části je pochvala, zhodnocení a namotivování klientů na další cvičení.

Na závěr uvedu hlavní zásady při použití kinezioterapie u osob s ACH. Tyto zásady podle Hátlové jsou:

- Musí být respektována důstojnost člověka
- Cvičební program by měl být adekvátní k dané osobě, snadno pochopitelný a měl by být uskutečnitelný
- Činnost by měla být variabilní, aby byla přístupná pro každého jedince dané skupiny

- Změny ve cvičení by měly být prováděny postupně a v malém rozsahu
- Primárním by mělo být navázání důvěrného vztahu mezi terapeutem a klientem (Hátlová in Holmerová, I., Jarolímová, E., Suchá, J. a kol. 2007)

Další možností v kinezioterapeutických aktivitách jsou procházky. Procházky mají podobný účinek na fyzický stav jako cvičení, jedná se totiž o komplexní pohyb. Dobré je také to, že se jedná o pohyb na čerstvém vzduchu, zároveň dochází k další aktivizaci klienta pomocí vnějších podnětů atd. Na procházky by člověk měl chodit vždy, pokud to zdravotní stav a počasí dovolí. Pozor bychom měli dávat pouze tehdy, pokud je na chodnicích náledí. Vždy bychom měli danému počasí přizpůsobit oděv a obuv daného klienta.

Jinou variantou může být práce na zahradě (pletí záhonu, stříhání větví...). Je však třeba dbát na zvýšenou opatrnost při práci s náradím a náčiním. Občas je potřeba nahradit tuto jednostrannou aktivitu jednoduchým kompenzačním cvičením. (Holmerová, I., Jarolímová, E., Suchá, J. a kol. 2007)

2.8 Stimulační a aktivizační metody

Jedná se o celou řadu rozličných metod, které se používají k naplnění dne u osob s Alzheimerovou chorobou a které také slouží k usměrňování problémového chování a zvládání složitých situací.

2.8.1 Ergoterapie

Ergoterapie, stejně jako ostatní terapie, by měla být také součástí komplexního přístupu k osobě s Alzheimerovou chorobou. U osob s Alzheimerovou chorobou používáme ergoterapii zejména pro zachování a posilování soběstačnosti a vedení k sebeobslužným činnostem.

Dříve byla ergoterapie ztotožňována s tzv. léčbou prací a stává se tak dodnes. Stále si spousta lidí myslí, že ergoterapie je „léčba prací“. Ergoterapie je však léčebná disciplína. Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., popisují ergoterapii takto: *„Ergoterapie je zdravotní disciplína, která nabízí aktivní pomoc lidem každého věku, kteří jsou fyzicky nebo*

*psychicky postiženi nebo trpí postižením intelektu omezujícím jejich funkční kapacitu a samostatnost.*³

Cílem ergoterapie je dosažení maximální samostatnosti, soběstačnosti a nezávislosti a zvýšení tak i kvality života daného jedince. Cíle se dosahuje pomocí terapeutických prostředků, které pomáhají k obnově postižených funkcí.

Jako první ergoterapeut, který by měl být součástí multidisciplinárního týmu, provede ergoterapeutické vyšetření s klientem a na jeho základě pak stanoví plán, který může být krátkodobý, střednědobý či dlouhodobý a měl by navazovat na komplexní plán stanovený pro toho kterého klienta. Krátkodobý plán se stanovuje na týdny až měsíce. Dlouhodobý plán na několik měsíců až let s ohledem na progresi onemocnění. V rámci terapie se již pak provádí samotné aktivity, např. činnosti, které zvyšují svalovou sílu nebo zlepšují kloubní pohyblivost atd. Dále se také nacvičují běžné denní aktivity, nácvik komunikačních schopností, kognitivních schopností atd. Vše se děje samozřejmě v rámci multidisciplinárního týmu a na těchto aktivitách spolupracuje řada odborníků. V rámci ergoterapie se také provádí nácvik práce s kompenzačními a technickými pomůckami, dále jsou součástí poradenské služby v oblasti úpravy domácího prostředí atd.

U osob s Alzheimerovou chorobou je většinou problém s nácvikem používání kompenzačních a technických pomůcek, jelikož kognitivní funkce jsou natolik narušeny, že se již většinou nenaučí pomůcky používat. Proto se u osob s Alzheimerovou chorobou více používá právě úprava bytu atd. (Holmerová, I., Jarolímová, E., Suchá, J. a kol. 2007)

2.8.2 Arteterapie

I když se terapeutické hodnoty umění objevují již nějakou dobu, arteterapie jako obor je poměrně mladá. Výraz „art therapy“ byl poprvé použit ve 30. letech 20. století v USA Margaret Naumburgovou. V Evropě se začal používat od roku 1940. Profesionální školení arteterapeutů počalo v USA, ve Filadelfii, v 60. letech 20. století a v Evropě zhruba od 80. let 20. století. (Šicková – Fabrici, J. 2002)

Arteterapie v širším smyslu znamená léčbu uměním. Jedná se ale o léčbu i formou hudby, divadlem, poezií, prózou, tancem a výtvarným uměním. Pokud bychom definovali arteterapii v užším smyslu, definovali bychom ji jako léčbu pouze výtvarným uměním.

³ HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. a kol.: Péče o pacienty s kognitivní poruchou, Praha: Gerontologické centrum 2007, ISBN 978 – 80 – 254 – 0177 – 4. Str. 142

Arteterapii dělíme na receptivní a produktivní. Receptivní je samotné vnímání uměleckého díla, které vybere arteterapeut s určitým záměrem. Cílem této receptivní arteterapie je lepší pochopení vlastního nitra, svých pocitů a lepší poznání sebe samotného a ostatních lidí. Člověk promítá své pocity do vybraného díla. Radíme sem např. návštěvy výstav a galerií atd. U produktivní arteterapie používáme již konkrétní činnosti, intermediální aktivity⁴ nebo happeningy u jednotlivců či skupin. Jedná se o kresbu, malbu, modelování atd. (Šicková – Fabrici, J. 2002)

Holmerová ve své knížce píše, že arteterapie: „*představuje soubor uměleckých technik a postupů, které mají kromě jiného za cíl změnit sebehodnocení člověka, zvýšit jeho sebevědomí, integrovat jeho osobnost a přinést mu pocit smysluplného naplnění života. Umělecký artefakt či vytvoření uměleckého produktu v arteterapii nejsou důležité, rozhodující je proces tvorby, který je integrujícím činitelem v prevenci i terapii.*“ (Holmerová, I., Jarolímová, E., Suchá, J. a kol. 2007, str. 212)

Campbellová ve své knize „Techniky arteterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi“ píše, že klíčovou součástí arteterapie je právě spontánní tvorba. (Campbellová, J. 1998)

Cíle arteterapie můžeme dělit na individuální a sociální. K individuálním cílům patří např. uvolnění, sebevnímání a sebebprožívání, poznávání vlastních možností, sebehodnocení, rozvoj fantazie, nadhled atd. Mezi sociální cíle patří vnímání a přijetí druhých lidí, navazování kontaktů, zapojování se do skupiny, skupinová komunikace a kooperace, vytváření sociální podpory atd. U osob s ACH se jedná zejména o posilování vědomí vlastní hodnoty, dále slouží arteterapie ke cvičení jemné motoriky, krátkodobé paměti atd. Arteterapie lidem s ACH pomáhá přizpůsobovat se jejím prostřednictvím stále se měnícímu prostředí, úbytku fyzických sil, změnám v sociální a ekonomické oblasti. (Šicková – Fabrici, J. 2002)

Arteterapii lze provádět individuálně či skupinově (do skupinové arteterapie můžeme zařadit také rodinnou či partnerskou arteterapii). Individuální arteterapie je vhodnější pro klienty, kteří potřebují celou pozornost terapeuta kvůli svému znevýhodnění či z důvodu problémového chování, které by mohlo narušit skupinu a mohlo by na ostatní klienty působit negativně. Skupinová forma je náročnější pro terapeuta, ale má spoustu výhod. Za všechny budu jmenovat hlavně sociální učení, které probíhá podstatně rychleji a

intenzivněji, a fakt, že lidé, kteří mají podobné problémy, se mohou vzájemně radit, pomáhat si a podporovat se. (Šicková – Fabrici, J. 2002)

Nyní bych se ráda zabývala strukturou arteterapeutického setkání. První setkání terapeuta a klienta je velmi důležité. Schůzka by měla být dostatečně dlouhá, aby mohlo dojít ke vzájemnému seznámení se. Při tomto počátečním setkání je důležité, aby terapeut zjistil pár důležitých věcí, např. onemocnění klienta, stav klienta, převažující naladění klienta, délku soustředění atd. Od daných problémů klienta se také odvíjí téma, se kterým budou společně pracovat. Náměty mohou být všeobecné či osobní. Je třeba, aby terapeut vysvětlil klientovi, proč dané téma vybral, získá si tím důvěru ze strany klienta. Může se také stát, že terapeut nechá klientovi volné pole působnosti ve výběru tématu. Jak dlouho budou terapeut a klient společně pracovat závisí na daném problému a také na tom, jak bude klient na terapii reagovat. (Šicková – Fabrici, J. 2002)

Arteterapeutické setkání má čtyři základní části. První část je zahajovací a rozechřívací. U nové skupiny zahájíme setkání vzájemným představením se a přivítáním. Dále bychom měli představit náplň setkání, pokud se již skupina zná, může se v této úvodní části diskutovat nad předešlým setkáním, co se od té doby událo atd. Po tomto zahájení může následovat rozechřívací cvičení, které navozuje příjemnější atmosféru a tzv. „prolamuje ledy“. Terapeut může také využít různá protahovací cvičení, meditaci, vizualizaci nebo cvičení na posilování vzájemné důvěry. Po této úvodní části nastupuje část hlavní, které je potřeba věnovat dostatek času. Při hlavní činnosti klienti pracují na daném plánu. Po hlavní činnosti terapeut zahájí část diskusní. Diskuse a zpětná vazba jsou velmi důležitou součástí arteterapie. Neměli bychom však nikoho bezpodmínečně nutit, aby se vyjadřoval, aby o své práci hovořil. Poslední částí arteterapeutického setkání je část závěrečná. Pokud se klienti schází častěji a delší dobu, většinou mezi nimi vznikne atmosféra důvěry a přátelství, a když arteterapeutická setkání končí, většinou si klienti uvědomují i ztrátu blízkých lidí. Terapeut může klientům pomoci odpoutat se od těchto myšlenek. Je třeba, aby součástí závěrečné části bylo zhodnocení setkávání, shrnout zkušenosti, které klienti získali atd. (Campbellová, J. 1998)

Arteterapie u osob s ACH má svá určitá specifika. Patří sem např. potřeba více času při zpracování úkolu, zhoršená motorika, pohybová nejistota, menší motivovanost klienta atd. Na tato specifika je třeba brát ohled a je třeba dle nich přizpůsobit techniky. Také jejich výtvarné projevy prokazují určité společné charakteristické rysy. Jsou jimi např. výrazné prodloužení tvaru objektů, chaotické uspořádání objektů, ornaentalizace atd.

Velké úspěchy prožívají v různých kolážích, které jim jdou lépe. (Holmerová, I., Jarolímová, E., Suchá, J. a kol. 2007; Campbellová, J. 1998)

Při arteterapii využíváme řadu strategií. Jsou jimi např. imaginace, animace, koncentrace a mandaly, restrukturalizace (strom života), transformace a rekonstrukce (dokreslování, koláž).

V arteterapii je imaginace, představivost a fantazie velmi důležitá. Je totiž jakýmsi spojovatelem mezi vnitřním světem daného klienta a vnějším hmotným světem. Emoční stav člověka je projektován právě pomocí představivosti. Pomocí imaginace se člověk může vrátit k situacím, které pro něho byly složité a znovu si je prožít, zpracovat je s terapeutovou pomocí.

U animace se jedná vlastně o rozhovor v třetí osobě, kdy se terapeut nebo klient identifikují s postavou či věcí na obrázku klienta a hovoří o něm ve třetí osobě. Někdy pomocí animace se terapeut dozví o klientovi mnohem více, než při normálním rozhovoru.

Mandala může být použita jako nástroj sebepoznávání a sebeodhalování. Může být použita také jako mapa vnitřního světa klienta. Klient si tím uvědomí, co je jeho středem, co stojí v jeho centru.

U transformace jde především o transformování pocitů z vnímání jednoho druhu uměleckého díla do oblasti jiného. (Šicková – Fabrici, J. 2002)

Holmerová ve své knize uvádí tyto arteterapeutické techniky. Jedná se např. o malování na porcelán, malování na květináče, vytváření bramborových tiskátek, otiskování dlaní, listů, textilní koláže, batika, papírové koláže, aranžování suchých nebo živých květin atd. (Holmerová, I., Jarolímová, E., Suchá, J. a kol. 2007). Campbellová ještě přidává, že při práci s lidmi s ACH je možné využít různé vzpomínkové materiály, jako jsou např. fotografie atd. (Campbellová, J. 1998)

2.8.3 Dramaterapie

Dramaterapie je další aktivizační a stimulační aktivitou, která má své nezastupitelné místo.

Divadlo samo o sobě se používá odpradáвна. V roce 1668 se v knize „Simplicissimus“ od Hanse Jakoba Christoffela von Grimmelshausena poprvé objevuje téma léčení klientů pomocí divadelní literatury. Dramaterapie se v 60. letech 20. století vydělila z psychodramatu. Za teoretickým rozmachem dramaterapie v USA stojí R. Emunahová, D. Johnson a R. Landy.

U nás jsou počátky dramaterapie spojeny se jménem M. D. Reismana, který se na konci 90. let 20. století vrhl do dramaterapeutických sezení v Bohnicích s klienty s psychotickou zkušeností. Je velice žádoucí, že v posledních letech u nás došlo k velkému rozmachu této disciplíny. (Valenta, M. 2007) Stále však není dostatek literatury, která by se přímo dramaterapií zabývala, proto většina informací v této kapitole pochází právě od Valenty.

The National Association for Drama Therapy v USA definuje dramaterapii jako: *„záměrné použití dramatických/ divadelních postupů pro dosažení terapeutického cíle symptomatické úlevy, duševní i fyzické integrace a osobního růstu.“* (Landy in Valenta 2007, str. 23).

Druhou definici poskytuje Valenta a kol., který říká že dramaterapie je: *„léčebně – výchovná (terapeuticko – formativní) disciplína, v níž převažují skupinové aktivity využívající ve skupinové dynamice divadelních a dramatických prostředků k dosažení symptomatické úlevy, ke zmírnění důsledků psychických poruch i sociálních problémů a k dosažení personálně sociálního růstu a integrace osobnosti.“* (Valenta a kol. in Valenta 2007, str. 23)

Valenta dále uvádí, že má dramaterapie nejbližší k teatrologii. Rozdílem mezi oběma obory je, že u teatrologie se dbá také na produkt, tedy na konečnou divadelní inscenaci před publikem. Tím dochází k inkluzi, sociální rehabilitaci, k úpravě a posílení jejich aspirací, sebehodnocení a sebepojetí atd. (Valenta, M. 2007)

Dramaterapie poskytuje terapii docela široké skupině osob. Největší skupinou jsou mentálně postižení jedinci a jedinci s PAS. Další velmi velkou skupinou jsou psychiatričtí pacienti. Dalšími klienty jsou lidé s SPUCH, klienti s dalšími poruchami chování a v neposlední řadě také geriatričtí klienti. Profesně mají nejbližší k dramaterapii právě speciální pedagogové, sociální pedagogové, psychologové, lékaři a odborníci pracující v oblasti prevence sociálně patologických jevů. (Valenta, M. 2007) Z dané klientely vyplývají také jednotlivé cíle, které jsou velmi variabilní.

Základním cílem je odstranění či redukce tenze, rozvoj empatie, kreativity a fantazie, integrace osobnosti, odblokování komunikačního kanálu, rozvíjení sebedůvěry atd. (Valenta, M. 2007) Mezi další cíle patří např. získání schopnosti uvolnit se, získání schopnosti spontánního chování, kontrola svých emocí, rozvoj koncentrace a také získání schopnosti poznat a přijmout svoje omezení a schopnosti. (Dramaterapie, 2007 [online])

Mezi cíle dramaterapie u osob s Alzheimerovou chorobou patří zejména cvičení paměti či reminiscenční cíl, kdy klienti vzpomínají na svůj život, uvědomují si, co dokázali a že jejich život měl smysl. (Valenta, M. 2007)

Dramaterapie užívá celou řadu prostředků. Za základní prostředek dramaterapie se považuje improvizace. Improvizace je důležitá v tom, že odráží vnitřní stav daného klienta, jeho konflikty a umožňuje mu schopnost cítění atd. Improvizace je také podstatná v tom, že má blíže ke skutečnému životu. Mezi další prostředky dramaterapie patří různá mimická a řečová cvičení, dramatická hra, verbální hra, hra v role, scénář, mýty a příběhy, dále sem patří práce s textem, pantomima, masky, líčení, kresba, simulace a charakterizace. (Valenta, M. 2007)

Dramaterapeutická setkání jsou sice podobná jako psychoterapie, ale mají svá specifika. Dramaterapie může být ambulantní, tu zajišťují zejména občanská sdružení, neziskový sektor, denní centra atd. Dále se jedná o klinickou formu, která je využívána zejména v psychiatrických léčebnách, v psychiatrických odděleních a klinikách. Třetí formou je dramaterapie vykonávaná v denních sanatoriích a stacionářích, kde je brána jako jedna z nejdůležitějších aktivizačních a psychoterapeutických metod. Dále můžeme dramaterapii uskutečňovat individuální či skupinovou formou. U nás se individuální terapie příliš neužívá. Dramaterapeutické skupiny můžeme dále dělit na koedukované (smíšené co do pohlaví) a izosexuální. Koedukované skupiny jsou častěji využívané. Izosexuální skupiny se využívají zejména v zařízeních (např. etopedických), kde jsou klienti rozděleni dle pohlaví. Skupiny mohou být také homogenní nebo heterogenní z hlediska postižení. Častěji jsou využívány heterogenní skupiny. Podle toho, zda klienti absolvují celý terapeutický proces, můžou být skupiny méně frekventované otevřené či frekventované uzavřené skupiny.

Ve skupině by mělo být zhruba 8 – 12 klientů, ale vždy záleží na druhu a stupni postižení, na věku klientů a na zkušenosti terapeuta. (Valenta, M. 2007)

Kratochvíl uvádí, že by jedno dramaterapeutické sezení mělo trvat asi 1,5h při frekvenci 1 - 2x týdně. (Kratochvíl in Valenta, M. 2007)

Před samotným začátkem dramaterapie je potřeba, aby terapeut věnoval dostatek času přípravě na setkání s novými klienty. Aby předešel případným konfliktům, je třeba, aby došlo ke koedukaci cílů skupiny, cílů instituce a cílů terapeuta. (Jenningsová in Valenta, M. 2007) Valenta uvádí šest stádií terapeutického setkání:

- a) **Přivítání terapeuta se skupinou** – je nutné, aby terapeut navázal kontakt se skupinou, ale také s každým jednotlivcem zvlášť, aby došlo

k navození důvěrné atmosféry. Terapeut také skupině řekne, co je čeká v průběhu sezení.

- b) **Rozcvička, zahřívací cvičení** – většinou se jedná o fyzickou rozcvičku, která je zaměřená na celkové uvolnění svalů a odstranění tenze těla. Terapeut se zaměřuje také na prohlubování dýchání a na relaxační cvičení. Někdy může být rozcvička spíše imaginární či verbální, kdy klienti verbalizují své pocity, vyprávějí příběh atd.
- c) **Otevření hracího prostoru** – pro vstup klienta do vlastního terapeutického sezení je vhodné zařazení určitého rituálu
- d) **Nastartování hry** – v této fázi je nutné, aby měl terapeut na mysli stále dva dramaterapeutické principy – vřadit do improvizace každý impulz, který zachytí ve skupině, a budovat improvizaci vyváženě v duchu ontogenetického schématu pohyb – zvuk – obraz – postava – verbální exprese. Je nutné, aby se terapeut snažil, co nejvíce vtáhnout klienty do samotné akce.
- e) **Hlavní část** – tuto část lze rozčlenit na personifikaci - vstup do rolí, strukturovaná hra v role, kdy se objevuje jedna situace a jedno téma, které je společné pro celou skupinu, nestrukturovaná hra v role. Doporučuje se začít s aktivitami ve dvojicích, dále by měla následovat práce ve skupinkách a až na samotný závěr by měla být práce celé skupiny.
- f) **Uzavření sezení** – na závěr by mělo dojít k magickému rituálu v kruhu, který uzavře celá terapeutická setkání. Dochází k určité rekapitulaci. Je důležité si uvědomit, že terapeutická setkání nemusí nutně vyřešit problém daného klienta, ale pomůže mu v celé řadě věcí, např. klient se prostřednictvím terapie uklidní a soustředí se. (Valenta, M. 2007)

Dramaterapie u osob s ACH má svá specifika, která vyplývají z involučních změn v seniorském věku a také z úbytku kognitivních schopností. Hlavním úkolem při práci s osobami s ACH je nejen smysluplně jim naplnit volný čas, ale také snaha o posílení integrity jejich ega, to vše spojené s vyrovnáním se s pohledem zpět do minulosti. Úkolem terapeuta je sloužit orientaci a socializaci klientů, sdílet reminiscence jejich důležitých životních událostí a napomáhat procesu, kdy klienti akceptují své vlastní fyzické omezení. Někdy se může stát, že v průběhu terapie „upadnou“ klienti do tenze. V tom případě je nutné, aby terapeut s danou činností přestal a klienti si mohli odpočinout. (Valenta, M. 2007)

Langleyová upozorňuje na přednost využití dvou technik u osob s Alzheimerovou chorobou. Jsou jimi „Orientace na realitu“ a „Divadlo reminiscence“. (Langleyová in Valenta, M. 2007).

Jednou z dramaterapeutických technik, které jsou orientovány na realitu je např. „Sebereprezentace“. Toto cvičení slouží k tomu, aby si klient s ACH uvědomil, jaké oblečení je správné vzít si na tu kterou událost, v tu kterou denní hodinu či roční období. Trénink je zaměřen na popis oblíbeného oblečení klienta, popis oblečení, které by slušelo partnerovi nebo popis oblečení, které by si partneři mohli vzít na svatbu, na ples atd.

Do dramaterapeutických technik „Divadlo reminiscence“ patří např. návštěva divadelního souboru, aktivní uspořádání vystoupení, které je zaměřené na určitou éru minulosti nebo které je zaměřeno na zpracování daného problému klienta atd. (Valenta, M. 2007)

2.8.4 Taneční a pohybová terapie

Americká asociace taneční / pohybové terapie říká, že u těchto terapií se jedná o psychoterapeutické využití pohybu v procesu, který působí na zlepšení všech složek osobnosti, působí na emoční, fyzickou, psychickou i sociální stránku integrity člověka.

Ve starším věku dochází ke snížení fyzické i psychické výkonnosti. Klienty je potřeba více motivovat k pohybu, jelikož vzhledem k řadě involučních změn se jejich chuť k pohybu zmenšuje. Většinou se bojí pádu (je narušena rovnováha), a proto rezignují na jakýkoliv pohyb. Pohyb je však velmi důležitý a taneční / pohybová terapie tak získává své pevné místo v terapeutickém procesu. (Štilec, M. 2004; Holmerová, I., Jarolímová, E., Suchá, J. a kol., 2007)

V taneční terapii se tanec chápe jako terapeutický prostředek. Jeho estetická stránka ustupuje do pozadí, není důležitá. Zdůrazněny jsou naopak faktory psychologické (schopnost komunikovat neverbálně atd.), fyzické (zlepšení koordinace pohybu...) a sociální (vytvoření skupiny klientů, kteří mají spoustu společného a mohou si vzájemně sdělovat své pocity a dojmy).

Taneční / pohybová terapie je velmi důležitá a není náročná na provedení. Je potřeba místnost, kde by se terapie mohla konat, přehrávač a hudební nahrávky. Někdy je vhodné použít i pomůcky typu Orffovy nástroje. Je samozřejmostí kvalitní terapeut, který bude znát problematiku gerontologické populace i problematiku demence (Alzheimerovy

choroby). Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol. ve své knize píší, že je vhodné, aby terapeut byl starší profesionální tanečník po ukončení taneční kariéry, který ví, jak spojit pohyb s hudbou, ví, jak hudba emočně působí a jakým pohybem je možné náladu hudby vyjádřit. Je také velmi vhodné, aby terapeut byl schopen předat humor a radost, aby i na něm bylo vidět, že tanec (pohyb) má velmi rád. (Holmerová, I., Jarolímová, E., Suchá, J. a kol. 2007)

Terapii lze provádět na jakoukoliv hudbu, která bude klientům vyhovovat. Vhodná je zejména taková, kterou klienti znají a mohou si společně s nahrávkou zazpívat. Je vhodnější střední tempo hudby, aby nedocházelo k neklidu (příliš rychlá hudba) nebo utlumení klientů (pomalá hudba). Vhodné také je, aby hudba byla dostatečně rytmická. Rytmus může klienty motivovat a pomáhat jim opakovat drobné pohybové prvky. Někdy je však dobré volit klidnější, melodičtější hudbu, která je emotivnější a připomíná a vyvolává pozitivní zážitky. Klidnější hudba také klienty zklidňuje a zmírňuje agresivitu. Rytmická, rychlá a veselá hudba zase naopak budí klienty k aktivitě. Je impulsivní a umožňuje vytržení klientů z apatie, nezájmu či melancholie. Má také za následek zrychlení krevního oběhu a tím pádem také prokrvení těla, zejména mozku. (Holmerová, I., Jarolímová, E., Suchá, J. a kol. 2007)

Taneční / pohybová terapie se uskutečňuje zejména ve skupině, a to zhruba o deseti účastnících. Vše však závisí na složení skupiny a na zkušenostech terapeuta. Terapie by měla probíhat zejména v dopoledních hodinách, 1x týdně zhruba 1 – 1,5h. (Štílec, M. 2004). Pro klienty s Alzheimerovou chorobou je vhodné, když terapie probíhá v kruhu, kdy mají možnost sledovat ostatní klienty a zejména terapeuta. Terapeutická jednotka by měla být už předem připravená, měla by mít svůj „scénář“. Ten by měl být zaměřen zejména na to, aby uvolňoval negativní napětí u klientů, aby klienty motivoval a aktivizoval. Začíná se vsedě na židlích, které jsou v dostatečné vzdálenosti od sebe, aby nedocházelo k tomu, že se klienti budou vzájemně stírat pažemi. Důležité je dbát na správný posed klientů, abychom předcházeli špatnému držení těla atd. Začíná se rozcvíčkou, kdy by si klienti měli rozcvíčit jednotlivé části těla a také by se mělo procvičit hluboké dýchání. Už při tomto rozcvíčení je vhodné, aby byly pohyby sladěné s hudbou, jelikož už i to lze považovat za tanec. Součástí rozcvíčení je také seznámení se s klienty, navození pozitivní atmosféry a navázání kontaktu. Rozcvíčka by neměla trvat déle než 15 minut, aby se klienti nezačali nudit. Při samotné terapii není potřeba volit složité kroky a prvky. Někdy je žádoucí, aby byly prvky jednoduché a snadno zapamatovatelné a proveditelné. Jedná se o tleskání, zpívání jednoduchých říkanek nebo slabik do rytmu hudby. Tancovat mohou klienti

ve stoje, ale také vsedě, kdy mohou tančit pouze tím, že pohybují rukama, pracují s pomůckami (např. s míčem). Po hlavní části je důležité, aby následovala třetí část terapie, která slouží k uklidnění klientů, vydýchání se, protažení a také slouží ke sdělení dojmů, pocitů. Při závěrečné části je důležité, aby terapeut byl pozitivní a aby vhodně namotivoval klienty k další aktivitě. (Holmerová, I., Jarolímová, E., Suchá, J. a kol. 2007; Štilec, M. 2004)

Součástí pohybové terapie může být také automasáž nebo dechová gymnastika. Vždy je však důležité dbát na to, aby nedošlo ke zranění klientů a aby si z terapie klient odnášel hlavně pozitivní pocity a dojmy.

2.8.5 Muzikoterapie

Již ze 4. tisíciletí před naším letopočtem pochází první zmínky o terapeutickém účinku hudby. Nejstarší tištěné materiály, které dokládají účinek hudby pochází ze 2. tisíciletí před Kristem. Ještě v 19. století byla muzikoterapie jako plnohodnotná terapeutická věda odmítaná, až ve 20. století došlo k výraznému rozvoji. Již skoro ve všech západních zemích existují studijní obory „muzikoterapie“. Rozvoj však stále probíhá v jakýchsi skocích a ucelená teorie stále ještě neexistuje. (Pipeková, J., Vítková, M. 2001)

Muzikoterapie se po druhé světové válce vyvinula z mnoha různých oborů (medicína, klinická psychologie, speciální pedagogika a pedagogika). Jedná se tedy o velice mladý obor. Dnešním trendem je chápat muzikoterapii jako psychoterapii – muzikopsychoterapii. (Pipeková, J., Vítková, M. 2001) Dle Lewandowské je muzikoterapie *„jednou z forem psychoterapeutického a fyzioterapeutického působení“*. Dle této autorky má muzikoterapie vliv na psychickou i fyzickou stránku člověka. (Lewansková, K. in Romanowska, B. A. 2005, str. 74) Hudba je hojně využívána také v řadě medicínských oborů, jako jsou např. gynekologie, geriatric, pediatrie, anesteziologie atd. (Romanowska, B. A. 2005)

Muzikoterapii můžeme rozdělit na receptivní a aktivní. V receptivní muzikoterapii jde zejména o pasivní poslech hudby. Receptivní muzikoterapii můžeme rozdělit na reakční muzikoterapii, která směřuje k vyvolání určitých emocí, které by mohly odhalit skryté konflikty, a na regulační muzikoterapii. Tato regulační muzikoterapie probíhá hlavně ve skupině a jejím smyslem je zejména rozšíření hudebního vnímání a rozšíření psychoterapeutického procesu. V aktivní muzikoterapii jde hlavně o volnou improvizaci hudby a hlasu. (Pipeková, J., Vítková, M. 2001)

Mezi hlavní muzikoterapeutické cíle řadíme vzbuzování žádoucích emocí a jejich řízení, podněcení připravenosti ke kontaktu, inspiraci a rozvíjení správné mezilidské komunikace. Dalšími cíli jsou obohacení osobnosti klienta o intelektuální a emocionální zkušenosti, ovlivňování psychomotorické stimulace a emocionálního a svalového napětí atd. (Romanowska, B. A. 2005). Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol. uvádí, že muzikoterapie pomáhá k lepší psychické pohodě daného klienta, dále mu umožňuje posilovat sebevědomí, jelikož si většinou klienti dlouho pamatují různé písničky a říkadla a tudíž nezažívají negativní pocity z toho, že neví či že si nemohou vzpomenout. (Holmerová, I., Jarolímová, E., Suchá, J. a kol. 2007) Muzikoterapie působí na představivost klienta, působí relaxačně, aktivizačně (emoce), působí na komunikaci klienta, na rozvoj kreativity, působí jako forma tréninku, umožňuje otevřít se k umění a estetice. Někdy může působit psychodelicky.

Muzikoterapie může být vedena opět individuálně či skupinově. Při skupinové muzikoterapii by měl terapeut pracovat zhruba s 6 – 12 klienty. Složení skupiny vždy závisí na daném zařízení, na zkušenostech terapeuta, na diagnóze klientů, na jejich symptomech, terapeutickém cíli a na době léčení. Někdy je vhodné začít s individuální terapií a poté přejít ke skupinové terapii, která může být velmi užitečná. (Romanowska, B. A. 2005)

Techniky muzikoterapie mohou být součástí celodenního programu, nebo mohou být zařazeny v rámci jednoho bloku, který by neměl být delší než 45 – 60 minut.

Muzikoterapie by měla mít, stejně jako ostatní terapie, část úvodní, hlavní a závěrečnou. Při úvodní části dochází k pozdravu, terapeut by měl klienty seznámit s obsahem sezení, prováděna může být také např. dechová gymnastika či jiné rytmické cvičení. Následuje hlavní část, která se může skládat ze hry na nástroje, zpěvu, poslechu hudby, rytmických, hudebních her atd. Na závěr dochází k relaxačnímu cvičení a ke zhodnocení celé terapie. (Pipeková, J., Vítková M. 2001; Holmerová, I., Jarolímová, E., Suchá, J. a kol. 2007)

Nyní bych ráda uvedla některé muzikoterapeutické techniky. Budu používat rozdělení, které jsem již uvedla výše. Tedy rozdělení na aktivizační a relaxační techniky.

U osob s ACH je potřeba si uvědomit, že při aktivizačních technikách mohou být limitovány úbytkem paměti a nemusí tudíž některým činnostem úplně rozumět. Je proto třeba vybírat jednodušší prvky vycházející ze zkušeností klientů, ale musíme si zároveň dávat pozor na to, abychom nevybrali prvky dětské, které by mohly snižovat důstojnost člověka s ACH. Mezi aktivizační techniky řadíme např. rytmické cviky (snažíme se udržet

rytmus a neměníme dané prvky, aby mohlo dojít k lepšímu zapamatování si, stereotypy pomáhají při zklidňování klientů). Snažíme se klienty co nejvíce zapojovat a neopravovat je. Do rytmických cvičení patří také např. práce s hudebními nástroji či nahrazení hudebních nástrojů různým podupáváním, tleskáním atd. Mezi aktivizační techniky dále můžeme zařadit činnosti se zpěvem. Zde je důležité vybírat písničky či říkadla, která klienti s ACH znají, pamatují si je a je tedy snadnější je motivovat a do činnosti zapojit. Součástí této aktivity může být hledání různých písní či říkadel na určité slovo. Můžeme využít také hudební kvíz, kdy vybíráme velmi známé autory, díla, abychom opět posílili sebevědomí klientů s ACH. Důležité je ale zdůraznit, že pracujeme ve skupině, kdo ví, ten odpoví. Zapojujeme také různé pohybové aktivity se zpěvem.

Mezi relaxační techniky patří např. poslech hudby. Tyto činnosti jsou hlavně pasivní a někdy mohou působit velmi rušivě. Klienti mají problém se delší dobu soustředit, posléze zapomenou, co se děje a jsou z toho vystresovaní. Někdy je potřeba přidat fyzický kontakt, abychom klienta uklidnili ve chvílích, kdy v něm hudba může vyvolat řadu emocí, se kterými si neumí poradit. Do relaxačních aktivit řadíme relaxační a dechová cvičení. U některých klientů s ACH však může být tato aktivita náročná, jelikož nerozumí pokynům a tak se snaží pomocí zrakové kontroly napodobovat ostatní. Tím ale nedochází k relaxaci. Mezi relaxační (receptivní) techniky patří také např. návštěva koncertu při určité příležitosti, např. Vánoce či Velikonoce. I zde je však nutné dbát na to, aby koncert nebyl příliš dlouhý a tudíž příliš vyčerpávající. (Holmerová, I., Jarolímová, E., Suchá, J. a kol. 2007)

2.8.6 Animoterapie

Animoterapie, nebo také zooterapie, petterapie. Takto nazývá anglosaská literatura terapii pomocí domácích mazlíčků. Česká literatura nemá žádné zvláštní označení této terapie, proto používá názvy z anglosaské literatury.

Terapeutický význam zvířat je některými léčiteli značně podceňován, některými naopak přeceňován. Ale je známo, že mezi zvířaty a lidmi existuje vzájemný vztah. Mezi zvířaty a lidmi s demencí je tento vztah ještě o něco intenzivnější. (Nerandžič, Z. 2006)

Již od nepaměti lidé využívali vzájemnou symbiózu mezi nimi a zvířaty. Existuje spousta důkazů o uctívání zvířat a jejich společenském využití ve starověkých civilizacích. V minulosti byla již tedy zvířata využívána k různým léčebným či společenským úkonům. Velký průlom nastal v roce 1969 v USA díky osobním zkušenostem psychiatra B. M.

Levinsona. Ten také v roce 1982 stanovil metodologické zásady nové vědní disciplíny – „pet facilitated therapy“. V roce 1992 vznikla mezinárodní asociace IAHAIO, které se prostřednictvím národní asociace AOVZ stala v roce 1995 i Česká Republika. (Lacinová, J. in Wohlrathová, V. 2009)

Organizace Delta Society v roce 1990 vypracovala praktické standardy pro asistované a léčebné aktivity prováděné prostřednictvím zvířat. Jejich cílem bylo propagovat a hlavně prosazovat pozitivní výsledky působení zvířat na lidský organismus, odstraňovat překážky, které by mohly bránit zapojení zvířat do běžného života, a také podporovat jejich zapojení do léčebného procesu. Základem těchto standardů jsou dva programy – AAA a AAT. Program AAA (Animal – Assisted – Activities) je zaměřen hlavně na činnost vzdělávání laiků a odborníků, kteří pracují se zvířaty. Cílem tohoto programu je zlepšení kvality života ve všech oblastech života daného klienta. Druhým programem je AAT (Animal – Assisted – Therapy). Tento program mohou provádět pouze odborníci, tedy odborně vzdělaní terapeuti, kteří pracují ve své profesi – jedná se např. o fyzioterapeuty, ergoterapeuty, ale také speciální pedagogy. Tito terapeuti by měli mít dostatek informací nejen o klientovi, ale také o daném zvířeti, se kterým budou pracovat. Program AAT podporuje rozvoj tělesných, psychických, citových, poznávacích a výchovných funkcí. (Nerandžič, Z. 2006)

V České Republice má animoterapie relativně mladou historii. Velký rozvoj nastal v roce 1990. V dnešní době na území České Republiky působí řada různých středisek a center, které se zabývají jednotlivými terapiemi pomocí zvířat. (Nerandžič, Z. 2006)

Zvířata mají velmi pozitivní vliv na zdraví člověka, na jeho fyzickou i psychickou stránku. Je prokázáno, že při hlazení zvířete dochází ke snížení krevního tlaku, zklidnění srdeční činnosti a k navození celkového uvolnění. Zvíře je také výborným prostředníkem ke komunikaci, a to jak mezi klientem s ACH a zvířetem, tak také mezi jednotlivými klienty s ACH, kteří mají téma k hovoru. Zvíře je totiž výborné téma k začátku hovoru. Zvíře působí pozitivně na sebevědomí člověka, když se o něho můžou klienti starat, samozřejmě za pomoci personálu. Přítomnost zvířat snižuje stres, úzkost, depresi. Zlepšují poruchy spánku a to i u osob, které již nepoznají, o jaké zvíře se přesně jedná. Zvířata mají také velký vliv u klientů v terminální fázi, kdy jsou již upoutáni na lůžko. (Holmerová, I., Jarolímová, E., Suchá, J. a kol. 2007)

Při animoterapii lze využít celou řadu zvířat. Mezi nejznámější terapie patří např. canisterapie (využití psů v terapeutickém procesu), hiporehabilitace (využití koní v terapeutickém procesu), felinoterapie (využití koček v terapeutickém procesu),

ornitoterapie (využití ptáků v terapeutickém procesu). Freeman dále popisuje delfinoterapii (využití delfínů), lamaterapii (využití lamy) a insektoterapii (využití hmyzu). (Freeman, M. in Animoterapie, 2009 [online]). Dále můžeme využít celou řadu malých zvířat (králík, morče, křeček, želva...), hospodářská zvířata, volně žijící zvířata, exotická zvířata atd.

U seniorů, kteří netrpí ACH je nejvhodnějším zvířetem pes, který přiměje člověka alespoň několikrát za den jít ven na procházku. U osob s ACH je výběr zvířete o něco složitější, jelikož člověk s ACH se již o zvíře nedokáže plně postarat. I tak je ale přítomnost zvířete velmi žádoucí. Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol. ve své knize píší, že pro člověka s ACH je nejvhodnější kočka. Je vždy však velmi důležité, aby se jednalo již o větší kočku, u které známe její povahu, která by měla být klidná, trpělivá a měla by se ráda mazlit. (Holmerová, I., Jarolímová, E., Suchá, J. a kol. 2007)

Léčebné programy se mohou vykonávat dvěma způsoby. Jedním z nich je chování zvířete přímo v zařízení. Druhým způsobem je, že dochází dobrovolník se zvířetem za klienty do zařízení. Tento druhý způsob je žádoucí zejména tam, kde zvíře v instituci být nemůže. Celkově se ale první způsob, tedy chování zvířete přímo v zařízení, jeví jako více žádoucí. Zvířata mohou být k terapii používána poměrně častěji, je možno využít více druhů zvířat a také se klienti s Alzheimerovou chorobou mohou podílet na péči o zvíře kdykoliv. (Holmerová, I., Jarolímová, E., Suchá, J. a kol. 2007)

2.9 Další nefarmakologické přístupy

V této části se budu zabývat dalšími nefarmakologickými přístupy, které se už tak často neobjevují v naučné literatuře a autoři je zmiňují pouze okrajově. Neznamená to však, že by se tím snižovala jejich účinnost. I tyto metody, a celá řada dalších metod, jsou velmi důležité a užitečné při komplexním přístupu ke klientovi s Alzheimerovou chorobou. Velká část těchto aktivit je používána zejména v zahraničí, jelikož v našich podmínkách je nelze aplikovat (nedostatečně školený personál atd.)

2.9.1 Validace

Tento přístup je jedním z nejstarších přístupů k osobám s Alzheimerovou chorobou. Je spojován s Naomi Feil a objevuje se zhruba od 80. let 20. století.

Důraz v této terapii je kladen zejména na zachování a posílení lidské důstojnosti, přijetí klientova tématu a práce s ním prostřednictvím empatie, rozhovoru a naslouchání. Terapeut pracuje s tématem pacienta (nedohaduje se s ním, nepřesvědčuje ho o opaku či

nerozvíjí jeho mylnou domněnku nepravdivým směrem) a citlivými kroky se ho snaží nasměrovat žádoucím směrem. Znamená to, že terapeut přijme klientovo téma a postupně s ním pracuje tak, že dochází ke zklidnění samotného klienta a popř. také ke spolupráci na aktivitě, na které třeba původně klient spolupracovat nechtěl. Pokud bychom téma nepřijali, odmítali bychom s klientem na dané téma mluvit, byla by velká pravděpodobnost, že by se rozvinulo nežádoucí chování, jako je např. agresivita, úzkostnost, neklid atd.

Validace může také probíhat na určitá témata, kdy si osoby vzájemně vypráví, hrají své role a zároveň si nabízejí různé možnosti řešení. (Holmerová, I., Jarolímová, E., Suchá, J. a kol. 2007; Jiráček, R., Holmerová, I., Borzová C. a kol. 2009)

2.9.2 Lifestyle approach

Tato aktivita je jakýsi „návod“ ke klientovi. Jiráček tuto metodu ve své knize nazývá metodou „naučeného postupu“. Jedná se o vzájemné předávání si informací mezi pečovateli, rodinnými příslušníky, lékaři atd. Je potřeba, aby všichni zúčastnění věděli, jaký je např. denní režim jedince, co má rád, co nemá rád, na co je zvyklý, jak vysoká je míra samostatnosti, v čem potřebuje pomoci atd.

Velice žádoucí by bylo, kdyby všichni pečující respektovali zažitý režim a potřeby daného klienta. Bohužel se dost často v našich podmínkách, zejména v ústavních zařízeních, děje, že personál nemá čas na respektování individualit každého jednotlivce a tím pádem se stává, že člověk s ACH je neklidný, agresivní, úzkostný. Neví totiž, co se děje, co se bude dít, probíhá zde pouze malá komunikace, což také není správné, a většinou to všechno vede k dalšímu zhoršování stavu klienta. (Holmerová, I., Jarolímová, E., Suchá, J. a kol. 2007; Jiráček, R., Holmerová, I., Borzová, C. a kol. 2009)

2.9.3 Videotrénink interakcí, metoda Marthe Meo

V těchto podpůrných metodách se jedná o to, že se nahrává na video péče o klienty. Toto video se následně analyzuje společně s pečujícími a rodinnými příslušníky. Následuje diskuse ve skupině, při které se hledá optimální přístup práce s jednotlivými osobami s Alzheimerovou chorobou, popř. se hledá možnost jejich zlepšení.

Cílem je samozřejmě zlepšit přístup k jednotlivým osobám, aby docházelo k důstojnému, citlivému a empatickému zacházení s člověkem s Alzheimerovou chorobou. (Holmerová, I., Jarolímová, E., Suchá, J. a kol. 2007)

2.9.4 Simulated Presence (SimPres)

Tato metoda je zaměřená na odstranění nežádoucího chování pomocí simulace blízké osoby či známého prostředí zejména u osob, které přešli z domácího prostředí do prostředí neznámého, ústavního.

Jedná se zejména o různé videonahrávky či audionahrávky rodinných příslušníků (rodinný příslušník může osobě s ACH nahrát vzkaz s tím, že i když musel přejít do chráněného prostředí, na jejich vzájemném vztahu se nic nezměnilo atd.) či o videonahrávky z domácího prostředí, z bytu rodinných příslušníků při běžných denních činnostech. (Holmerová, I., Jarolímová, E., Suchá, J. a kol. 2007)

2.9.5 Habilitační terapie/ Neohabilitace

Metody vycházejí z respektování důstojnosti a potřeb lidí s Alzheimerovou chorobou. Habilitační terapie definuje jednotlivé oblasti, na které je potřeba zaměřit pozornost, když pracujeme s člověkem s ACH. Jedná se zejména o prostředí, které by mělo co nejvíce odpovídat potřebám daného člověka, dále se jedná o aktivity, důraz na uspokojení z činnosti, komunikace zaměřená hlavně na neverbální komunikaci, dostatek stimulace a podpora žádoucího, neproblémového chování. (Holmerová, I., Jarolímová, E., Suchá, J. a kol. 2007)

2.9.6 Maieutický přístup

Metoda se zabývá rozvíjením schopností pečovatelů pracovat s prožitkem, empatií a citlivou interakcí s lidmi s ACH, kteří se nachází již v terminálním stádiu onemocnění. Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol. uvádí, že: *„Pečovatelé se učí uvědomit si reakce, které jsou ve své podstatě intuitivní, pracovat s energií a vztahem. Učí se také překonávat bezmoci při práci s těmito lidmi. Učí se navazovat kontakt přes veškerá omezení, která toto poslední stádium přináší.“* (Holmerová, I., Jarolímová, E., Suchá, J. a kol. 2007, str. 127)

Jak už bylo napsáno výše, existuje celá řada dalších nefarmakologických přístupů k osobám s Alzheimerovou chorobou. Michalová např. uvádí ve své práci ještě metodu aromaterapie, rezoluční terapii či terapii jasným světlem. (Michalová, J. 2010)

Masařová uvádí navíc ve své bakalářské práci např. ještě bazální stimulaci. (Masařová, Z. 2006)

Šimková se, mimo jiné, zabývá biblioterapií nebo teatrologií. (Šimková, K. 2010)

Je nutno napsat, že veškeré přístupy k osobě s ACH by měly vést k její co největší samostatnosti a nezávislosti. Podporovat samostatnost osoby s ACH by měli nejen rodinní příslušníci, ale také pracovníci v institucích. Je samozřejmostí, že pokud si už člověk nedokáže poradit sám, je nutno mu poskytnout citlivě pomoc.

Dále je potřeba vytvořit člověku s ACH denní rytmus, který bude odpovídat jeho možnostem, zájmům a hlavně potřebám.

Osoba s ACH by měla mít stále pocit, že je užitečná a aktivity, které ji jsou předkládány, by měly mít smysl, měly by odpovídat jejím možnostem a neměly by být příliš náročně či nudné. (Holmerová, I., Jarolímová, E., Suchá, J. a kol. 2007)

Na závěr je třeba si uvědomit, že ať již zvolíme jakýkoliv přístup k osobě s ACH, měl by to být přístup komplexní a dlouhodobý. Měli bychom mít stále na paměti, že Alzheimerova choroba nejde vyléčit, ale lze pomocí komplexního přístupu zlepšit kvalitu života nejen osobě s Alzheimerovou chorobou, ale také rodinným příslušníkům a dalším pečovatelům.

3 VÝZKUMNÁ ČÁST

V předcházející části mé diplomové práce jsem se zabývala Alzheimerovou chorobou z teoretického hlediska. Cílem, jak již bylo napsáno v úvodu, bylo poskytnout ucelené informace o Alzheimerově chorobě a o možnostech aktivizace u klientů s ACH. Jak jsem již napsala, Alzheimerova choroba je bohužel velmi častým onemocněním a je velmi důležité, aby klienti s ACH byli dostatečně aktivizováni. Svoji výzkumnou část dělím na část předvýzkumu, kdy jsem zjišťovala, která zařízení v Praze nabízejí aktivizační metody, dále jsem docházela do jednotlivých zařízení v Praze a navštěvovala různé druhy terapií zaměřené právě na klienty s Alzheimerovou chorobou, a na část samotného výzkumu, ve kterém jsou zpracovány případové studie klientů s Alzheimerovou chorobou, kde využívám poznatků získaných v teoretické části.

Ve výzkumné části se budu zabývat výzkumnými cíli a metodologií výzkumu, charakteristikou výzkumného vzorku, charakteristikou vybraných zařízení a navštívených terapií, dále také popisem jednotlivých případových studií klientů s Alzheimerovou chorobou a v poslední části shrnu výzkumnou část.

3.1 Cíle výzkumu

Hlavním cílem výzkumné části bylo zanalyzovat osoby s Alzheimerovou chorobou v jednotlivých oblastech života, v jednotlivých stádiích onemocnění. Chtěla jsem identifikovat změny, které nastávají u člověka s ACH v oblastech orientace, samostatnosti, volného času atd.

3.2 Výzkumné otázky

Na základě stanovení cíle výzkumné části a na základě prostudované literatury jsem stanovila tyto výzkumné otázky:

- Mění se u člověka s Alzheimerovou orientace v místě, čase a osobě?
- Jaké můžeme pozorovat změny v oblasti samostatnosti v ADL u osob s Alzheimerovou chorobou?
- Jak se mění prožívání volného času u osob s Alzheimerovou chorobou?
- Navštěvují osoby s Alzheimerovou chorobou v různých typech zařízení terapie pro ně určené?

3.3 Metodologie výzkumu

Ke zpracování výzkumu mé diplomové práce jsem zvolila metodu kvalitativního výzkumu. Jak píše Gavora ve své knize „Úvod do pedagogického výzkumu“ hlavním rysem kvalitativního výzkumu je dlouhodobost, podrobný popis a intenzivnost. Dále také uvádí, že výběr zkoumaného vzorku není nahodilý, ale je předem daný, je záměrně vybraný. Gavora také píše, že cílem kvalitativního výzkumu je porozumět daným osobám a jejich životům. O to jsem se v mém výzkumu také velmi snažila. (Gavora, P. 2000) Samozřejmě i kvalitativní výzkum má svá negativa. Jsou jimi nezobecnitelnost, subjektivnost a časová náročnost. (Silverman in Šimková, 2010)

Informace k předvýzkumu jsem získávala na základě návštěvy zařízení, kde jsem pozorovala dané terapie a dělala rozhovory s pracovníky. Informace k výzkumné části jsem získávala na základě rozhovorů s danými klienty, rozhovorů s jejich rodinnými příslušníky, rozhovorů s pracovníky daného zařízení, dále jsem využívala metodu pozorování. Na základě těchto informací jsem zpracovala případové studie daných klientů.

3.4 Charakteristika případových studií

Případové studie jsem zpracovala na základě řady informací, které jsem získala z rozhovorů a z pozorování.

V případových studiích jsem se zabývala minulostí a přítomností daných klientů. Jejich vzděláním, pracovním uplatněním, volným časem, rodinou atd. Dále jsem se zabývala jejich pobytem či návštěvami ve specializovaných zařízeních různého typu. Velkou pozornost jsem soustředila na oblast samostatnosti v ADL či IADL, dále jsem se zaměřila na oblast orientace v osobě, místě, čase a prostoru. V případové studii řeším také otázku onemocnění Alzheimerovou chorobou a další případná onemocnění, která mohou danou osobu trápit. Na závěr případové studie hodnotím povahu daného klienta, jak probíhal rozhovor, zda nastaly nějaké problémy při rozhovoru atd.

Případové studie jsou zpracovány anonymně a na základě informovaného souhlasu dané osoby s Alzheimerovou chorobou, jejího rodinného příslušníka a pracovníka daného zařízení. Vzor informovaného souhlasu pro osobu s ACH je uveden v příloze mé diplomové práce.

3.5 Časový harmonogram výzkumu

Celý výzkum trval zhruba 1, 5 roku, od října 2011 do dubna 2013. Zpočátku jsem kontaktovala různá zařízení určená pro seniorskou populaci v Praze a ptala jsem se, zda ve svém zařízení mají osoby s Alzheimerovou chorobou. Těchto kontaktů bylo zhruba 50. Na můj dotaz mi odpovědělo zhruba 25 zařízení, 14 zařízení mi odpovědělo záporně, že se u nich momentálně žádné osoby s Alzheimerovou chorobou nevyskytují, ale jinak že terapie pro osoby s demencí poskytují, a 11 zařízení mi odpovědělo kladně, tedy že mají osoby s Alzheimerovou chorobou ve své klientele a nabízejí různé druhy terapií. Návštěvu zařízení mi umožnilo 5 zařízení a 3 z nich mi povolily vypracovat na jejich klientech případové studie.

- Říjen 2011 – únor 2012 – navazování kontaktů s různými typy zařízení, která navštěvují osoby s Alzheimerovou chorobou
- Únor 2012 – březen 2013 – návštěvy jednotlivých zařízení, návštěvy terapií pro osoby s ACH
- Květen 2012 – březen 2013 – rozhovory s klienty, s rodinnými příslušníky, s pracovníky daného zařízení, pozorování klienta – zpracovávání případových studií
- Únor 2013 – duben 2013 – zpracovávání výzkumné části v diplomové práci

3.6 Charakteristika zkoumaného vzorku

Výzkum byl zaměřen na osoby, které mají nedědičný typ Alzheimerovy choroby. Pro účely mého výzkumu jsem si vybrala celkem 5 osob – 3 ženy a 2 muže. Ve výzkumném vzorku převyšují ženy z toho důvodu, že ženy jsou častěji postiženy Alzheimerovou chorobou než muži, ale zároveň ani muži nejsou možností onemocnění Alzheimerovou chorobou zbaveni. Vždy jsem vybrala 1 – 2 osoby z daného zařízení, které jsem navštívila. Ve výběru mi pomáhal personál daného zařízení, který mi doporučil jednotlivé klienty. Dále jsem dbala na to, abych ve výzkumném vzorku měla zastoupeny osoby ve všech třech stádiích onemocnění. Mám zde tedy muže, který se nachází v počátečním stádiu Alzheimerovy choroby, dále dvě ženy, které se nachází ve druhém, středním, stádiu a nakonec jednoho muže a ženu, kteří se nachází ve stádiu třetím, tedy velmi pokročilém.

Výběr osob s Alzheimerovou chorobou byl záměrný, což je typické pro kvalitativní výzkum. Gavora uvádí, že: „Záměrný výběr je potřebný proto, aby vybrané osoby byly vhodné, tj. aby měly potřebné vědomosti a zkušenosti z daného prostředí. Jen tak mohou podat informačně bohatý a pravdivý obraz o něm. Tyto osoby výzkumník vyhledává a podrobuje je zkoumání. Výběr je vždy „reprezentativní“, i když ne z hlediska matematické statistiky – osoby dobře reprezentují dané prostředí.“⁵

Přístup všech zkoumaných osob byl velmi vstřícný. Vše jsem jim náležitě vysvětlila a ujistila jsem je o anonymitě dané studie. Všechny osoby s rozhovorem a pozorováním souhlasily, což potvrdily svým podpisem v informovaném souhlasu. Také přístup rodinných příslušníků a zaměstnanců daných zařízení byl velice pozitivní. Všichni mi v mé práci velmi pomohli.

3.7 Charakteristika vybraných zařízení

3.7.1 Stacionář pro seniory

Stacionář pro seniory se nachází v Praze 5, v Hlubočepích. Stacionář poskytuje službu denního stacionáře, týdenního stacionáře a odpolední klub seniorů. Cílovou skupinou jsou senioři, kteří potřebují pomoc druhé osoby, potřebují získávat sociální kontakty a chtějí žít plnohodnotný život v příjemném prostředí. Stacionář pro seniory spadá pod Arcidiecézní charitu v Praze.

Denní stacionář nabízí celodenní program, který je zaměřen na aktivizaci klientů, jejich fyzických i duševních sil. Součástí programu jsou různá skupinová cvičení, např. kondiční, trénink paměti, taneční terapie, reminiscenční terapie, výtvarné a rukodělné činnosti, muzikoterapie, biblioterapie atd. Součástí stacionáře je i rozlehlá zahrada, na kterou vede bezbariérový přístup, mohou ji tedy využívat i klienti upoutaní na invalidní vozík. Denní stacionář je vhodný zejména pro osoby s poruchami paměti (Alzheimerovou chorobou,...), kteří už nemohou být během dne sami doma a potřebují pomoc a dohled druhé osoby. Maximální kapacita je zhruba 10 klientů na den. Provozní doba je každý všední den od 6 do 19h.

Dále stacionář nabízí službu týdenního stacionáře, tedy službu pobytovou. Stacionář nabízí komplexní péči o seniory, kteří mají sníženou soběstačnost z jakéhokoliv

⁵

GAVORA, P.: Úvod do pedagogického výzkumu. Brno: Paido 2000, ISBN 80 – 85931 –

důvodu. Služba je určena pro seniory, kteří potřebují dohled a dopomoc v určitých činnostech a jejich blízcí se o ně, v určitou dobu, nemohou postarat. Maximálně lze ubytovat 7 klientů. Provozní doba je každý všední den nepřetržitě a od poloviny června do poloviny září i během víkendu, maximálně však 21 dní.

Odpolední klub seniorů je služba, kdy se senioři každý týden ve čtvrtek odpoledne mohou setkávat a společně komunikovat. Dle přání účastníků se během odpoledních setkání konají různé přednášky, besedy, terapie (trénink paměti, kondiční cvičení, taneční terapie...) nebo vystoupení. (Charita Česká republika, 2013 [online])

V tomto zařízení jsem navštívila výtvarnou činnost, která byla zaměřená na vytváření mandal. Dále jsem zde také prováděla případovou studii s paní O.

3.7.2 Domov Sv. Karla Boromejského, Řepy

Domov Sv. Karla Boromejského vznikl v roce 1837 jako druhé zařízení v Praze pod vedením sester z řeholního společenství Sv. Karla Boromejského. Původně byl zřízen pro sirotky, dále přetvořen na ženskou věznici a později získává poslání ošetrovatelské péče, poskytuje sociální a zdravotní péči na lůžkovém oddělení i v denním stacionáři. Současně slouží také pro ženy ve výkonu trestu, které zde nacházejí vhodné bydlení, ale zejména pracovní vyžití.

Pobytová služba slouží jako odlehčovací služba pro seniory, pro osoby zdravotně postižené, o které se jejich rodinní příslušníci nemohou po určitou dobu starat. Kapacita této služby je 13 lůžek.

Dále nabízí pobytovou zdravotní péči, péči v LDN s kapacitou 77 lůžek a zdravotně sociální službu se dvěma lůžky. Velmi zde lidem pomáhá ergoterapie, kterou sestry s klienty provozují. O klienty je nepřetržitě postaráno ve všech potřebných složkách.

Denní stacionář je v provozu každý všední den od 7h do 17h. V rámci denních činností se udržují psychické i fyzické funkce jednotlivých klientů. Součástí je velké množství různých terapií (biblioterapie, fyzioterapie, ruční práce, muzikoterapie, animoterapie,...), které se mohou konat nejen ve velké klubovně, ale také v dílničkách, které jsou součástí denního stacionáře.

V neposlední řadě je v zařízení geriatrická ambulance. (Turchich, D.[online])

V zařízení jsem navštívila denní stacionář. Žádné speciální terapie jsem se neúčastnila, ale musím říci, že je zde velice dobře upraveno prostředí. Na stěnách

jsou nástěnky s fotografiemi, datem atd. Na dveřích jsou popisky, obrázky, po chodbě jsou orientační šipky atd. V tomto zařízení jsem nevypracovávala žádnou případovou studii.

3.7.3 Domov pro seniory Slunečnice

Domov pro seniory se nachází na Praze 8 a byl založen v roce 1979 za účelem poskytování sociálně zdravotní péče pro seniory. Zařízení je celoročního typu a jeho cílem je podporovat samostatnost a soběstačnost seniorů v podmínkách, které se co nejvíce podobají jejich přirozeným podmínkám, dále zabezpečují důstojný přístup k člověku a respektování individuality. Cílovou skupinou jsou tedy senioři starší 60 let, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu věku či zdravotního postižení či znevýhodnění a kteří vyžadují pomoc od ostatních osob.

Zařízení je rozděleno na domov pro seniory s kapacitou 258 míst, ošetřovatelské referáty 1, 2, 3, 4. Na ošetřovatelských referátech 1 a 2 jsou umístěny osoby, které vyžadují zvýšenou péči v nepřetržitém procesu (jedná se např. o osoby s Alzheimerovou chorobou). Kapacita těchto ošetřovatelských referátů je 68 míst. Ošetřovatelské referáty 3 a 4 jsou určeny pro osoby zdravé či částečně imobilní. Kapacita je 190 míst. Součástí areálu je také rozlehlá zahrada a spousta služeb, které mohou senioři hojně využívat.

V domově pro seniory Slunečnice se využívá celá řada aktivit pro seniory. Jsou to různé hudební a poslechové programy, sportovní programy, duchovní programy, reminiscenční terapie, ergoterapie, trénink paměti, biblioterapie. Dalšími aktivitami jsou např. pánský klub, diskusní klub, poslech mluveného slova atd. (Domov pro seniory Slunečnice [online])

V daném zařízení jsem byla několikrát a vždy jsem se zde cítila velice dobře. Navštívila jsem zde reminiscenční terapii zaměřenou zrovna na téma „vaření a jídlo“ a zúčastnila jsem se také tréninku paměti, který se zabýval tématem „povolání, zaměstnání“. V oddělení pro osoby s demencí chovají kočku, která se po oddělení volně pohybuje, takže se zde praktikuje také felinoterapie. V daném zařízení jsem vypracovala tři případové studie, s panem R., s panem B., a s paní O.

3.7.4 Domov Horizont

Domov Horizont se nachází na Praze 6 a poskytuje sociální péči a pomoc zejména osobám v seniorském věku, ale také dospělým osobám s mentálním či fyzickým postižením. Mezi služby domova Horizont se řadí penzion pro seniory, tedy služba

pobytová, ambulantní služba denní stacionář a pečovatelská služba. Domov Horizont spadá pod Českobratrskou církev husitskou a principy domova vychází právě z křesťanské morálky (objektivita, vstřícnost, přiměřenost péče atd.). Domov se snaží předcházet sociálnímu vyloučení své cílové skupiny, snaží se klienty zařadit do chodu zařízení, do aktivizačních metod, začlenit je do sociálního kontaktu atd.

V zařízení se koná celá řada aktivizačních metod, jedná se např. o muzikoterapii, dramaterapii, kondiční cvičení, biblické hodiny, výtvarné aktivity, vaření atd. Klienti dále mohou využít různé služby, např. masáže či pedikúru. V zařízení se také často konají různé přednášky, koncerty, kterých se klienti rádi účastní. Součástí je také zahrada, na které jsou chovány kočky. Klienti mohou na zahradě pobývat a relaxovat. V letních měsících se na zahradě koná řada aktivit. (Nádeník, Z., 2010 [online])

V domově Horizont jsem navštívila dramaterapii a byla jsem velice nadšená. Bylo to poprvé, kdy jsem se účastnila této terapie. Klienti velmi dobře spolupracovali a bylo vidět, že je dané činnosti baví. Tématem bylo „jaro“ (jarní písničky, činnosti, které děláme na zahradě...). V tomto zařízení mi bylo umožněno sepsat případovou studii s paní D.

3.7.5 Středisko sociální služeb Praha 9

Středisko sociálních služeb na Praze 9 je příspěvková organizace, která byla zřízena v roce 1994 Městskou částí Praha 9. Posláním organizace je poskytovat zdravotní a sociální služby pro děti, seniory a pro zdravotně postižené občany na Praze 9. Základními službami jsou dětské jesle, klub seniorů, denní stacionář pro seniory, domov seniorů, pečovatelská služba a dům s pečovatelskou službou. Já jsem navštívila denní stacionář pro seniory, budu se tedy blíže zabývat právě jím.

Denní stacionář je určen pro seniory, kteří žijí ve svém vlastním domově, ale potřebují dohled či dopomoc v určitých oblastech (senioři, kteří chtějí žít aktivně, senioři, kteří nepotřebují pobývat ve zdravotnických zařízeních, osoby s ACH či jinou formou demence). Služby jsou poskytovány od pondělí do pátku od 6:30 do 17:30. Klienti si mohou vybrat, zda budou stacionář navštěvovat denně či pouze určitý den v týdnu. V zařízení je zajištěno stravování, poradenské služby, které zajišťuje sociální pracovník, doprava do a ze stacionáře, pomoc při oblékání, při orientaci, podání stravy, léků, pomoc při hygieně a toaletě atd. Dále jsou také využívány různé aktivizační metody, kterými jsou posilovány schopnosti a dovednosti daných klientů. Jedná se např. o trénink paměti, kondiční cvičení, ruční práce, hraní her, muzikoterapie, vaření či pečení, procházky. Občas

jsou také organizovány další doprovodné akce – přednášky, výstavy, koncerty, divadlo atd. Součástí stacionáře je také relaxační místnost s polohovacími křesly, kde mohou klienti odpočívat, nebo výtvarná dílna. Kapacita stacionáře je 12 klientů denně.

Ve stacionáři jsem se účastnila kondičního cvičení, které bylo organizováno vsedě na židlích. Jednalo se o cvičení s pomůckami, zejména overballem. V zařízení jsem nezpracovávala žádnou případovou studii. (Denní stacionář Hejnická, 2009 [online])

Všechna zařízení sociální charakteru pracují podle zákona o sociálních službách 108/2006 Sb.

3.8 Případové studie osob s Alzheimerovou chorobou

Nyní předkládám pět případových studií, které jsem zpracovala s klienty, kteří trpí Alzheimerovou chorobou. Případové studie jsou řazeny postupně podle toho, jak Alzheimerova choroba progreduje. Jako první je případová studie muže, který je na počátku onemocnění, onemocnění se ještě zcela neprojeví, objevuje se pouze porucha krátkodobé paměti. Další studie ukazují osoby ve druhém, středním, stádiu Alzheimerovy choroby. Poslední dvě studie jsou zpracovány s klienty, u kterých je již ACH velmi rozvinutá, nachází se na rozhraní druhého a třetího stádia či ve stádiu třetím.

3.8.1 Případová studie č. 1

Panu B. je 82 let. Na základní školu chodil do Prahy, odkud také pochází. Střední školu pán neuvádí. Vystudoval VŠCHT (Vysoká škola chemicko - technologická) a dále prý také přírodní vědy. Moc jistý si ale není. Absolvoval také vojenskou přípravu. Pracoval prý na různých místech. Říká, že byl také jedním ze třech zakládajících členů 1. Akademického ústavu v Praze. Celý život žil v Praze.

Jak dlouho trpí pán Alzheimerovou chorobou nevím, ale dle rozhovoru a jednotlivých informací si myslím, že je v počátečním stádiu. V daném zařízení je cca rok a i předtím byl v zařízení podobného typu. Pán se o sebe zatím zvládá postarat více méně sám.

Pán říká, že nemocný není. Bolí ho prý jen noha a ta ho trápí už od mládí. Dále také nosí brýle. Pán bere léky, ale neví jaké. Spí dobře. Halucinacemi ani bludy netrpí, na tuto informaci jsem se ptala vrchní sestry.

Pán byl jednou ženatý. Vlastní děti nemá. Nyní žije v domově pro seniory, kde má zatím vlastní byt.

Když jsem se pána zeptala, co dělá ve volném čase, odpověděl, že žádný nemá, když jsem se zeptala, co tedy dělá, řekl, že všechno možné. Co přesně dělá, jsem se nedozvěděla. Pán je velice technicky zdatný. Ve volném čase si rád čte. Při otázce, co nejraději čte, neodpověděl, jen si posteskl, že všechny jeho oblíbené knihy zmizely, kam ale neví. Hodně také pracuje na PC a na internetu. Umí prý mluvit čtyřmi cizími jazyky. Mě uvedl anglický a německý jazyk. Dříve rád lyžoval. Hrál na hudební nástroje, na jaké neřekl. Říkal jen, že nehrál na extra dobré úrovni. Rád chodil na kulturní události, hlavně do divadel a na koncerty. Nyní v domově chodí také občas na společenské události. Řekl mi však, že tam chodí pouze tehdy, pokud vedle něho nedají někoho, kdo slintá nebo kdo je inkontinentní. Rád také jezdil na chatu, kterou měl poblíž Prahy.

V zařízení je cca jeden rok. Prozatím je na oddělení, kde má vlastní byt. Dříve byl v zařízení podobného typu. Jak dlouho, nevím. V domově se mu líbí. Je to tam prý čisté, a to je důležité. Personál je příjemný a milý.

Soběstačnost:

Pán žije ve vlastním bytě. Zvládá si sám uklízet. Na jídlo chodí do společné jídelny, nemusí se tedy o nic starat.

Pán je technicky zdatný. Zvládá práci na PC i internetu. Má moderní telefon, který obsluhuje bez problémů.

Dříve choval králíka, dnes už žádné zvíře nemá a nechce. Prý se nechce trápit, když zvíře umře.

Pán je způsobilý k právním úkonům.

Orientace v čase:

Orientace v čase je mírně narušena. Pán si přesně pamatuje datum narození. Ví také, kolik mu je let. O minulosti hovoří s mírnými obtížemi. Nevím však, jestli si nemůže vzpomenout nebo se vyhýbá otázce. Pán ví, že je rok 2012, ví také měsíc. Datum ale neví, musí se podívat do kalendáře. Roční období zná.

Orientace místem:

Orientace místem je relativně v pořádku. Pán ví, kde vyrůstal, kde měl chalupu. Ví, kde se nachází, ale neví, jak se zařízení jmenuje. Říká, že je to domov pro odpadlíky.

Orientace v tělesném schématu:

P-L orientace bez problémů.

Orientace osobou:

Orientace osobou je v pořádku. Své jméno zná. Poznává zaměstnance zařízení. Nevím, jestli za ním chodí někdo blízký a jak je na tom s poznáváním příbuzných.

Pán se popsal jako realista. Když jsem se zeptala, jaký je, odpověděl: „Jsem, jaký jsem. Mám dvě nohy, dvě ruce, hlavu, krk a břicho“. Náladu má prý podle toho, jak se vyspí.

Pán zpočátku rozhovor odmítal. Hned na počátku mi řekl, že doufá, že ho dlouho zdržovat nebudu, že má spoustu práce. Prvních pár otázek odpovídal velice stručně, oklikou a arogantně. Když jsem pánovi řekla, že i já čtu od malička knihy stejně jako on, naklonila jsem si ho na svoji stranu a postupně se více a více otevíral. Odpovídal však celou dobu úsečně. Pán také nemluvil sám, musela jsem klást otázky. Sklony k agresi jsem nepozorovala. Projevovala se nervozita.

3.8.2 Případová studie č. 2

Paní D. je 81 let. Základní školu vystudovala v Berouně, kde dříve také bydlela. Dále se v Praze učila na rodinné a pedagogické škole. Po základní škole pracovala ve Zruči jako obuvnice, poté se přestěhovala do Prahy, kde pracovala nejprve ve družině, dále jako učitelka a nakonec jako ředitelka MŠ. Paní pracovala také jako chůva. Vysokou školu paní nestudovala.

Alzheimerovu chorobu má cca 10let. Zpočátku plačtivá. Začala docházet k psychiatrice, která předepsala antidepresiva. Dále bere léky na ACH. MMSE udělán 2x. - body nevím, ale dcera říká, že podruhé měla o jeden bod více. Paní si stále nemoc nepřipouští. Rozčiluje se, když dcera mluví o zapomínání. Někdy si vezme věci, které ji nepatří, ale tvrdí, že ano.

Jiné onemocnění paní netrápí. Spí dobře. Kromě léků na ACH jiné nebere. Bludy ani halucinace se neobjevují.

Paní byla dvakrát vdaná. Má dvě děti. Staršího syna a mladší dceru. Nyní bydlí v domě s vnučkou, velkou část času tráví se svou dcerou.

Paní je velmi aktivní a sportovně založená. V mládí jezdila na koni, motorce i větroni, chodila do Skauta. Ráda tancuje.

Do zařízení dochází už cca rok. Zpočátku 1x týdně. Nyní 4x týdně. Velmi se jí zde líbí a účastní se všelijakých aktivit.

Soběstačnost:

Doma pomáhá s vynášením koše, umývání nádobí. Zvládne dojít na nákup s lístečkem, kde má napsaný seznam nákupu, který předá prodavačce. Pomáhá se psy.

Paní dokáže zvednout hovor na telefonu, donedávna ještě zvládla zavolat. Telefonování ji činí potíže z hlediska slovního vyjadřování.

Psaný projev už skoro nezvládá, ale podepíše se bez problémů.

Je způsobilá k právním úkonům.

Orientace v čase:

Orientace časem je narušena. Paní už přesně neví, kolik jí je let. Tvrdí, že 77. O minulosti hovoří bez problémů. Současnost si už nevybavuje. Paní říká, že je rok 2000, ale neví, že je 2012. Měsíc ví přesně. Datum přesně ne, ale ví, že se pohybujeme v druhé půlce (odvodí si to dle toho, že si byla pro peníze). Roční období zná.

Orientace v místě:

Orientace místem je relativně v pořádku. Ví, kde bydlí i kde se momentálně nachází.

P-L orientace:

P-L orientaci zvládá bez problémů.

Orientace v osobě:

Orientace osobou také relativně v pořádku. Své jméno zná, vzpomene si na rodné příjmení i první příjmení po manželovi. S druhým příjmením má potíže. Blízké osoby poznává bez problémů.

Paní je velice příjemná, milá, nebojácná a optimistická. Neprojevují se sklony k agresi, úzkosti či nervozitě. Při rozhovoru se nevyskytl žádný problém. Paní se mnou komunikovala bez problémů, vřele odpovídala na otázky.

3.8.3 Případová studie č. 3

Paní O. je 76 let. Narodila se na Moravě, ale brzy se přestěhovala s rodinou do Prahy. Tatínek byl právník a maminka švadlena, která také občas pomáhala v MŠ. Po přestěhování do Prahy zde paní navštěvovala gymnázium a později Vysokou školu chemicko – technologickou. Celý život pracovala jako chemička.

Jak dlouho již paní trpí Alzheimerovou chorobou nevím. Nevím ani, zda u klientky byl udělán MMSE či jiný diagnostický test. V zařízení se nic takového nedělalo, a jelikož se jedná o zařízení, kde nevyžadují lékařské zprávy, nevím se, jak dlouho paní trpí ACH.

Dle paní žádným onemocněním netrpí. Moc nerozuměla otázce, jaké má zdravotní problémy. Léky prý nebere žádné. Vedoucí stacionáře mi však řekla, že paní trpí astmatem, má silné alergie na většinu léků, na náplasti. Má glaukom. Spí dobře. Bludy ani halucinace prý nemá. Což potvrdilo i zařízení.

Paní byla jednou vdaná. Má dvě děti – syna a dceru. Manžel umřel. Nyní žije v Praze a bydlí ve stejném domě s dcerou, ale v samostatném bytě, což mi potvrdil i stacionář, kam paní dochází. V samostatném bytě je však s paní neustále někdo další, kdo na paní dohlíží. Zvířata nemá, prý by se o ně neměl kdo starat, když už je na všechno sama.

Dříve paní hodně sportovala. Hlavně jezdila na lyžích, chodila plavat, cvičit do Sokola. Ráda také sjížděla řeky. Paní ráda četla, chodila do divadel a hlavně na koncerty. Dříve prý také hodně cestovala. Dnes prý nejčastěji kouká na televizi a poslouchá rádio.

Paní si nepamatuje přesně, jak dlouho chodí do zařízení, ale říká, že už je to dlouho. Do zařízení ji prý vozí dcera, ale jak často, to neví. Vypráví, že se jí v zařízení líbí a že tam chodí ráda. V zařízení mi řekli, že paní stacionář navštěvuje od dubna 2012.

Soběstačnost:

Paní bydlí v samostatném bytě, ale dcera jí pomáhá. Po otázce, co všechno doma zvládne udělat, mi paní řekla: „no, tak co je potřeba“

Telefon ani PC ovládat nezvládne.

Paní se zvládla bez problémů podepsat.

Je způsobilá k právním úkonům.

Orientace v čase:

Orientace časem je narušena. Paní si přesně nepamatuje svůj věk. Myslí si, že je jí něco mezi 50 – 75 lety. Rok narození si však pamatuje přesně. O minulosti, zejména dětství, hovoří bez problémů. Vyprávění bylo s detaily. Paní si vyprávění o minulosti užila, byla ráda, že si zavzpomínala. Paní však neudržela linii příběhu. Chvíli vyprávěla a následně začala mluvit úplně o něčem jiném. Neví, jaký je rok, měsíc ani datum. Roční období taky neví.

Orientace v místě:

Paní mi přijde dobře orientovaná místem. Ví, kde bydlí i kde se nyní nachází.

P-L orientace:

Tato orientace není narušena.

Orientace osobou:

Orientace osobou mi přijde v pořádku. Paní ví, jak se jmenuje – řekne celé své jméno. Poznává své blízké. Ví, že manžel už umřel.

Paní byla příjemná. Rozhovor se mnou vedla bez problémů, hodně vyprávěla, ale chvílemi mi přišla nervózní. Stále se vracela ke smrti manžela. Bylo znát, že tato životní situace ji velmi ranila. Zeptala jsem se paní, jak by sama sebe popsala. Odpověděla mi takto: „Ne vždy dělám všechno hned, tak jak bych měla. A náladu mám spíš smutnou, i když bych měla být veselá.“

3.8.4 Případová studie č. 4

Panu R. je 79 let. Na základní školu docházel zpočátku do obecní školy na menší vesnici, později docházel do školy měšťanské. Dále navštěvoval kurz pro pozdější práci v JZD (Jednotné zemědělské družstvo). V JZD pracoval celý život. Vysokou školu pan R. nestudoval.

Alzheimerovou chorobou trpí cca 8 let. Choroba se vždy zhorší po hospitalizaci v nemocnici, po které je vždy mnohem více dezorientovaný. Bere léky na behaviorální příznaky. MMSE neproveden.

Pán tvrdí, že je jinak zdravý. Bere ovšem další léky – na srážlivost krve, na cholesterol atd. Léky si sám nevezme, je potřeba, aby mu je někdo podal. V poslední době

prodělal mozkovou mrtvici a dost často si stěžuje na tíhu na hrudi. Halucinacemi netrpí, občas se objeví bludy (představa, že mu někdo bere peníze).

Pan R. byl jednou ženatý. Nyní je vdovec. Má dvě děti. Dceru a syna. Pán bydlel dlouhou dobu v rodinném domě s vnučkou a jejím přítelem, ale byla již potřeba institucionalizace klienta, jelikož byl v domě neustále sám a už nastávaly obtíže. Nyní je v pobytovém zařízení na oddělení, které se specializuje na osoby s demencí.

Pan R. byl v minulosti velmi aktivní. Měl hospodářství. Hodně jezdil na kole. Nyní spíše odpočívá a sleduje pořady v TV. Rád také čte noviny.

Soběstačnost:

Soběstačnost je již značně narušena. Pán se dokáže obléci sám, občas se neoblékne správně vzhledem k počasí nebo si zapomene vzít nějaký kus oblečení.

Jíst a pít zvládá bez problémů. Pán si již nebyl schopen vařit, docházel si pro obědy do jídelny, ostatní stravování zajišťovali rodinní příslušníci.

Hygienu zvládá s dopomocí. Občas dochází k inkontinenci moči i stolice. Potřebuje pomoci při podávání léků.

Pán se již nepodílí na domácích pracích, ani na pracích kolem domu.

Pán neovládá PC ani telefon. S ovládáním TV zatím příliš problémů nemá.

Pán R. je způsobilý k právním úkonům, ale finance sám již nespravuje.

Orientace v čase:

Orientace časem je výrazně narušena. Pan R. ví zhruba kolik mu je let, říká, že kolem 80. let. Pán se neorientuje v hodinách. Datum, měsíc ani rok neví. Roční období neví, myslí si, že je podzim. O minulosti hovoří dobře, ale bez detailů. O současnosti již hovořit nedokáže. Odpovídá na otázky, ale je vidět, že je úzkostný a bojí se neúspěchu. Objevuje se již spánková inverze, říká ale, že spí dobře.

Orientace v místě:

Orientace místem je relativně v pořádku. Ví, kde se nachází, i kde dříve bydlel.

P-L orientace:

P-L orientace narušená není. Bez problémů ukáže pravou i levou ruku.

Orientace v osobě:

Orientace osobou je již narušena. Pokud danou osobu vidí, ještě si vzpomene na jméno. Pokud však osoby nevidí, již si na ně nevzpomíná. Při otázce, zda má děti a vnoučata, řekl, že by asi měl mít, ale na jména si nevzpomněl. Své jméno zná. Kdo je naším prezidentem, neví.

Pán je velice příjemný a milý. Moc nemluví, ale v poslední době vyhledává společnost jiných lidí či zvířat. Vždy pouze sedí a pozoruje dění okolo a vypadá spokojeně. Agrese se neobjevuje. Rozhovor probíhal bez problémů. Musela jsem se ptát, ale pán odpovídal ochotně. Bylo však vidět, že se stydí a je úzkostný, když odpověď neví. Báł se neúspěchu. Mluvil v krátkých větách, bez detailů. Během rozhovoru několikrát řekl, že už je pán, který čeká na smrt. Suicidální chování se ale neobjevuje.

3.8.5 Případová studie č. 5

Paní O. je 84 let. Dříve bydlela na Příbramsku, kam také chodila na Základní školu. Oba rodiče pracovali v zemědělství. Má staršího bratra Stanislava. Po základní škole se přestěhovala do Prahy, kde se začala učit cukrářkou. Od té doby bydlela pouze v Praze. Po učení pracovala jako prodavačka v cukrárně. Vysokou školu paní nestudovala.

Jak dlouho paní trpí ACH nevím. Vím jen, že na oddělení, které vyžaduje celodenní péči, je necelý rok. Dříve se o sebe zvládala postarat víceméně sama. Nejsem si jistá, zda si paní uvědomuje, že trpí ACH. Mluví o sobě však tak, že je nemohoucí, a proto potřebuje pomoc.

Paní bere léky, jaké nevím. Paní jinak trápí stálý kašel a artróza kolene. S končetinami hýbat moc nemůže, což se podepsalo např. i na podpisu. Paní prý spí dobře, jen ji prý mrzí, že budí ostatní svým kašlem, za který ale nemůže. Paní mi přišla, že se vyjadřuje velice věcně a že tedy netrpí bludy. Ptala jsem se vrchní sestry a ta mi řekla, že se sem tam objeví halucinace, kdy se paní upíná na určité osoby. Sestra mi také řekla, že paní někdy vyžaduje velkou pozornost a tím si ji přivolává.

Paní O. byla dvakrát vdaná. U obou manželů však tvrdí, že měli stejné příjmení. Nevím tedy, zda opravdu byla paní dvakrát vdaná. Nyní říká, že je sama, bez manžela. Paní má dvě děti. Starší dceru a mladšího syna. S dětmi také bydlela, než přišla do domova pro seniory. Zvířata paní prý neměla, pouze jako dítě, kdy žila na menším statku.

Dříve paní měla ráda tanec. Ráda chodila na tancovačky a do společnosti. Do divadla ani na koncerty nechodila. Necestovala. Prý na nic neměla peníze. Paní dříve ráda

pletla a šila. Nyní ráda poslouchá hudbu. Nejraději má dechovku. Konkrétního oblíbeného zpěváka či zpěvačku nemá. Na TV nekouká. Ráda čte noviny. Paní ráda také chodí ven, je však odkázaná na to, aby ji někdo ven odvezl.

V domově pro seniory je prý asi 3/4 roku. Ptala jsem se na tuto informaci i vrchní sestry a ta mi potvrdila, že na jejich oddělení je paní opravdu cca 3/4 roku. Předtím ale paní také pobývala v domově, ale na jiném oddělení. Na oddělení, kde ještě nepotřebovala dohled a celodenní pomoc. Na otázku, proč je v domově, mi paní odpověděla: „ Protože jsem nemohoucí.“

Soběstačnost

Paní je na oddělení, které vyžaduje celodenní péči.

Paní se zvládne sama najíst i napít. Při hygieně jí pomáhá zdravotnický personál. Paní je inkontinentní.

Paní má na stole u postele mobilní telefon. Tvrdí, že z něho umí zatelefonovat. Telefonuje prý dětem. Problém ovšem je, že je telefon dál, než dosáhne. Potřebuje tedy, když telefon zvoní, aby ji ho někdo podal.

Paní se umí podepsat. Podpis je však téměř nečitelný a nezvládla ho umístit na příslušný řádek.

Paní je způsobilá k právním úkonům.

Orientace v čase:

Orientace časem je narušena. Paní si pamatuje svůj věk přesně. Pamatuje si i měsíc a rok narození. O minulosti vypráví bez problémů. U současnosti hodně přemýšlí. Paní není schopná souvislého rozhovoru. Když se ptám, bez problémů odpoví. Nemluví s detaily. Paní ví, že je podzim. Neví však, co je za datum, měsíc ani rok. Tvrdí, že je rok 1992. Ví, kdy za ní chodí děti na návštěvu. Syn prý v pondělí, dcera v úterý.

Orientace v místě:

Orientace místem narušena není. Paní ví, kde se narodila, kde vyrůstala, i kde bydlela v Praze. Zná přesně ulici, kde pracovala. Ví, i kde se nachází nyní. Zná i jméno domova pro seniory.

P-L orientace:

Pravo – levá orientace není narušena. Paní ukáže pravou i levou ruku.

Orientace v osobě:

Orientace osobou narušena nejspíše není. Děti prý pozná. Sama ví, jak se jmenuje, i jak se jmenují děti. Orientace byla narušena nejspíše jen u manželů. Na stole má fotografie příbuzných. Zeptala jsem se, kdo na fotografiích je a paní odpověděla bez přemýšlení, že rodiče a bratr. Já jsem se na začátku rozhovoru představila a po 15 minutách jsem se paní zeptala, jestli ví, jak se jmenuji. Paní bez problémů odpověděla. Správně.

Paní byla příjemná. Komunikovala se mnou bez problémů. Jen po 45 minutách mi řekla, že už by si přála, abychom rozhovoru nechali. Prý je unavená. Paní mi řekla, že její nálada je různá. Záleží to prý na jednotlivých dnech. S tím, že je v domově mi nepřišla až tak smířená. Na otázku, jak se má, mi odpověděla: „Jak se asi můžu mít, když jsem tady.“ Ale jinak říkala, že personál je milý. Paní o sobě říkala, že je upovídaná a šikovná. Paní mi přišla mírně úzkostná. Neprojevila se žádná agrese.

3.9 Diskuze nad výzkumným šetřením

Do mého výzkumu jsem vstupovala s přesvědčením, že velké množství zařízení nepoužívá terapie, či aktivizační metody, určené pro osoby s demencí či Alzheimerovou chorobou. Je pravdou, že mi na můj informační e-mail, který jsem rozeslala všem různým typům zařízení v Praze, odpovědělo pouze malé množství zařízení, ale zároveň musím říci, že jsem ve svém předvýzkumu zjistila, na základě návštěvy zařízení a komunikace s personálem, že zařízení, která jsem navštívila, poskytují opravdu velké množství různých aktivizačních metod, kterých klienti hojně využívají.

V rámci svého výzkumu jsem sledovala odpovědi na výzkumné otázky, které jsem si stanovila na počátku svého výzkumu. Jednou z těch otázek bylo, zda se u osob s Alzheimerovou chorobou mění orientace v čase, místě a osobě. Na tuto otázku nelze odpovědět jinak, než že ano. Orientace v čase, místě a osobě se s postupnou progresí mění, zhoršuje. Osoby na počátku onemocnění jsou ještě zcela orientované ve všech složkách. Jak však onemocnění progreduje, zhoršuje se nejdříve orientace v místě a čase. Až v posledním stádiu onemocnění se stává, že je narušena orientace v osobě. Osoby s Alzheimerovou chorobou zpočátku nepoznávají své příbuzné či pečovatele, postupně se už neorientují ani sami v sobě. Toto dokládají případové studie, které jsem zpracovala.

Na daných případových studiích, které jdou za sebou tak, jak progreduje ACH, je velmi dobře vidět, jak se postupně orientace v místě, čase a osobě zhoršuje.

Druhou výzkumnou otázkou bylo, jakým způsobem se u osoby s ACH mění samostatnost v ADL, tedy v běžných denních činnostech. Už při zodpovězení první otázky nám je jasné, že i v oblasti samostatnosti v ADL dochází u člověka s Alzheimerovou chorobou k značným změnám. Zpočátku je člověk ještě plně soběstačný a pomoc potřebuje pouze občas. I v pozdějších stádiích zvládne ještě velkou část běžných denních činností, ovšem už při nich potřebuje dopomoc, jedná se např. o oblékání. U osoby s Alzheimerovou chorobou nastává postupně to, že ztrácí představu o obsahu daných pojmů. Takže když mu řekneme, ať si oblékne např. košili, vlastně ani nemusí vědět, co to košile je. S touto situací jsem se také při přípravě případových studií setkala. Osoby s ACH také už nemusí přesně vědět, jak se správně po sobě navléká dané oblečení. V konečných stádiích je už osoba s ACH většinou odkázaná na pomoc ostatních ve většině složek ADL, potřebuje dopomoc s hygienou, s jídlem a pitím, s podáním léků atd. Když jsem již měla sepsanou výzkumnou část, přišel mi e-mail od dcery jedné dotazované paní. Vyprávěla mi v něm, jak se její maminka za dobu, co jsme se neviděli, podstatně zhoršila právě v oblasti ADL. Jednalo se pouze o pár měsíců, a přesto došlo k výraznému poklesu schopnosti samostatnosti. Myslím si, že to dokládá tvrzení, že ACH je progredující onemocnění, které nelze zastavit. Také dokládá tvrzení, že jak ACH progreduje, zhoršuje se právě schopnost samostatnosti a soběstačnosti u osob s ACH.

Velmi zajímavá pro mě byla třetí výzkumná otázka, která se zabývá otázkou volného času. Zda, a popř. jakým způsobem, se změnilo jeho prožívání u osob, které trpí Alzheimerovou chorobou. Většina mnou dotazovaných osob mi vyprávěla o tom, jak byl jejich život aktivní. Většina osob sportovala, chodila na různé kulturní akce, četla nebo cestovala. Když jsem se daných osob zeptala, jak nyní tráví volný čas, převážná většina mi odpověděla, že odpočívají, sledují TV nebo si čtou noviny. U pana R., který trpí pozdější fází ACH, jsem si nebyla moc jistá, zda rozumí zadané otázce. U rozhovoru byla jeho vnučka, která poté odpověděla za něho, tedy že většinou sleduje TV. Na základě mého výzkumu tedy vyšlo najevo, že osoby, které trpí ACH, už volný čas netráví příliš aktivně. Jsou spíše pasivní a podstatnou část dne se nudí. Myslím, že je poté vhodné začlenit osobu s ACH do aktivizačního procesu, začlenit ho do daných terapií. S tím souvisí čtvrtá výzkumná otázka, která se zabývá právě aktivizačním procesem. Dvě osoby z mých případových studií navštěvují denní stacionáře, dvě osoby jsou součástí pobytového zařízení. Jedna osoba bohužel během výzkumu zemřela, ale při zpracovávání případové

studie pobývala v pobytovém zařízení na oddělení, které se specializovalo na osoby s Alzheimerovou chorobou. Osoby v počátečním a středním stádiu Alzheimerovy choroby většinou navštěvovaly v daném zařízení terapie a další aktivizační metody. Většinou s nimi byly také spokojeni, což mi řekly při rozhovoru, který jsem s nimi vedla. Klienti, kteří již byli v pokročilém stádiu ACH, terapie příliš nenavštěvovali. Většinou, jak už jsem napsala, byli spíše pasivní a skupinovým aktivitám se vyhýbali. Ovšem musím říci, že v jednom zařízení, ve kterém pobývaly osoby v pozdějším stádiu ACH, měli na oddělení volně se pohybující kočku, která občas zpříjemňovala chvíle těchto osob.

Myslím, že na základě výzkumného šetření, jsem zodpověděla všechny výzkumné otázky, které jsem si na začátku výzkumného šetření stanovila.

4 ZÁVĚR

V této závěrečné kapitole celou problematiku shrnu. V mé diplomové práci jsem se zabývala problematikou osob s Alzheimerovou chorobou v celé její šíři. Některé kapitoly byly popsány o něco méně, jelikož se to přímo nedotýkalo mé specializace, tedy speciální pedagogiky. Cílem mé práce bylo poskytnout souhrnné informace o dané problematice, ale zároveň nebylo cílem poskytnout vyčerpávající informace, tedy informace, které by byly popsány velmi detailně. Alzheimerova choroba je velmi rozšířené onemocnění, které postihuje zhruba 70% populace, což už je opravdu velké procento a bohužel se toto procento každým rokem ještě zvyšuje. Alzheimerova choroba je také onemocnění, které je zhruba 4. – 5. nejčastější příčinou úmrtí.

V počátečních kapitolách jsem se zabývala popisem Alzheimerovy choroby, příčinami vzniku, možnostmi prevence. Velká pozornost je věnována klinickým příznakům, které, zejména v počátečních stádiích onemocnění, bývají zanedbávány a opomíjeny a osoba s ACH většinou k lékaři přijde až v pozdějších stádiích. Včasná diagnostika je však velmi důležitá. O diagnostice a diferenciální diagnostice píše v další podkapitole první kapitoly. Myslím si, že je velmi důležité, aby si varovných příznaků všímali rodinní příslušníci, pečovatelé a další blízké osoby a aby návštěva u lékaře proběhla včas. Včasná diagnostika umožňuje co nejdříve nasadit farmaka, které je vhodné doplnit nefarmakoterapeutickými přístupy. Je jasné, že ACH nemůžeme vyléčit, ale můžeme zpříjemnit život nejen samotného klienta, ale také rodinných příslušníků.

Druhou velkou kapitolu jsem věnovala právě nefarmakoterapeutickým přístupům, jako hlavních metod při práci s osobami s ACH. Nefarmakoterapeutických přístupů je celá řada a je možné si vybrat ten přístup, který klientovi vyhovuje nejvíce. V kapitole jsem popsala ty nejčastěji využívané v našich podmínkách a také ty, které literatura nejčastěji zmiňuje. Jedná se zejména o terapii „orientace realitou“, kognitivní terapii, reminiscenční terapii. Důležitá je také úprava prostředí, které může pomoci klientovi s ACH v orientaci, která se postupně zhoršuje ve všech oblastech. Věnuji se také výčtu aktivizačních metod, kam patří např. muzikoterapie, arteterapie, canisterapie. Pozornost, ač omezenou, věnuji i metodám, které v našich podmínkách nejsou aplikovány nebo pouze ojediněle, jedná se např. o SimPres nebo o validační techniky.

Toto vše podtrhuji ve výzkumné části, která navazuje na část teoretickou. Cílem výzkumné části bylo zmapovat jednotlivé oblasti života u osob s ACH. V teoretické části

jsou uvedeny případové studie osob s ACH, které dokládají poznatky získané v části praktické. Velkou pozornost jsem věnovala klinickému obrazu osob s ACH, dále jejich samostatností, prožíváním volného času. Ve většině případů jsem zjistila, že právě oblast volného času je bohužel značně omezena a většina osob s ACH už volný čas prožívá spíše pasivně sledováním televize, ačkoliv před onemocněním trávily volný čas velmi aktivně.

Věřím, že má diplomová práce umožní zájemcům o problematiku Alzheimerovy choroby lépe se orientovat v dané problematice a že problematiku lépe pochopí i díky případovým studiím, které jsou dokladem teoretických poznatků v praxi. Diplomová práce také slouží jako zpětná informační vazba pro rodinné příslušníky klientů s ACH a zařízení, která jsem navštívila a ve kterých daní klienti pobývají.

RESUMÉ

Cílem práce je podat relativně ucelené informace o problematice Alzheimerovy choroby, které jsou následně podloženy praktickými ukázkami v případových studiích ve výzkumné části. Případové studie ukazují na praktických případech, jak se mění klinický obraz jedince, který trpí Alzheimerovou chorobou. Diplomová práce také představuje četné nefarmakoterapeutické přístupy, které jsou používány u terapií s osobami s Alzheimerovou chorobou.

Hlavním tématem práce jsou osoby s Alzheimerovou chorobou, kterých bohužel ve společnosti stále více přibývá. Alzheimerovou chorobou trpí po 80. roce života zhruba 1/3 všech obyvatel. Tato problematika se tedy stává čím dál více aktuální.

LITERATURA

BERNLEF J.: *Vyhasínání mozku M. Kleina*. Beroun: Za tratí 2010, ISBN 978-80-904335-2-6

BRAGDON A., GAMON D.: *Nedovolte mozku stárnout*. Praha: Portál 2002, ISBN 80 – 7178 – 567 – 9

BUIJSSEN, H.: *Demence: Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha: Portál 2006. ISBN 80 – 7367 – 081 – X

CALLONE P., KUDLACEK C., VASILOFF B., MANTERNACH J., BRUMBACK R.: *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. Praha: Grada Publishing 2008, ISBN 978 – 80 – 247 – 2320 – 4

CAMBELLOVÁ, J.: *Techniky arteterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. Praha: Portál 1998, ISBN 80 – 7178 – 428 – 1

ČERVENKA, V.: *Diagnostika a léčba pacientů s demencí*. Praha: Univerzita Karlova 2008. Rigorózní práce

DIBLÍKOVÁ, H.: *Projevy osob s demencí v komunikačním procesu (v různých fázích ACH)*. Praha: Univerzita Karlova 2008, Diplomová práce

GAVORA, P.: *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido 2000, ISBN 80 – 85931 – 79 – 6

GENOVÁ, L.: *Ještě jsem to já*. Praha: Práh 2009, ISBN 978-80-7252-272-9

HARTL, P., HARTLOVÁ, H.: *Psychologický slovník*. Praha: Portál 2000, ISBN 80 – 7178 – 303 – X

HOLMEROVÁ, I., JANEČKOVÁ, H., NIKLOVÁ, D.: *Na pomoc pečujícím rodinám - pro ty, kteří pečují o občany postižené demencí*. Praha: Česká Alzheimerovská společnost 2001, ISBN 80-86541-03-7

HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. a kol.: *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, Praha: Gerontologické centrum 2007, ISBN 978 – 80 – 254 – 0177 – 4

JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. a kol.: *Demence a jiné poruchy paměti*. Praha: Grada Publishing 2009, ISBN 978 – 80 – 247 – 2454 – 6

KONVRZKOVÁ, M.: *Dopad Alzheimerovy choroby na osobu s demencí a rodinného pečovatele*. Praha: Univerzita Karlova 2008, Diplomová práce

KOUKOLÍK, F., JIRÁK, R.: *Alzheimerova nemoc a další demence*. Praha: Grada Publishing 1998, ISBN 80 – 7169 – 615 - 3

KUČEROVÁ, H.: *Demence v kazuistikách*. Praha: Grada Publishing 2006, ISBN 80 – 247 – 1491 – 4

MALIKOVÁ, B.: *Psychologické aspekty péče o člověka s Alzheimerovou nemocí*. Praha: Univerzita Karlova 2010. Diplomová práce

MASAŘOVÁ, Z.: *Alzheimerova choroba v rodině*. Brno: Masarykova univerzita 2006, Bakalářská práce

MATOUŠOVÁ, M.: *Stáří a demence*. Praha: Univerzita Karlova 2011. Bakalářská práce

MICHALOVÁ, J.: *Péče o osoby s Alzheimerovou chorobou v rodině*. Brno: Masarykova univerzita 2010. Diplomová práce

NERANDŽIČ, Z.: *Animoterapie aneb Jak nás zvířata umí léčit*. Praha: Albatros 2006, ISBN 80 – 00 – 01809 – 8

PEČINKOVÁ, J.: *Deprese u chronicky nemocných*. Praha: Univerzita Karlova 2011, Diplomová práce

PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. (ed.): *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. Brno: Paido 2001, ISBN 80 – 7315 – 010 – 7

ROMANOWSKA, B. A.: *Muzikoterapie. Ladičky a léčení zvukem*. Frýdek – Místek: Alpress, s. r. o. 2005, ISBN 80 – 7362 – 067 – 7

RŮŽIČKA, E. a kol: *Diferenciální diagnostika a léčba demencí: Příručka pro praxi*. Praha: Galen 2003, ISBN 80 – 7262 – 205 – 6

SKŘIČKOVÁ, M.: *Domácí péče o nemocné s Alzheimerovou chorobou*. Brno: Masarykova univerzita 2006, Bakalářská práce

ŠICKOVÁ – FABRICI, J.: *Základy arteterapie*. Praha: Portál 2002, ISBN 80 – 7178 – 616 – 0

ŠIMKOVÁ, K.: *Alzheimerova choroba: péče a její vliv na životy rodinných pečujících*. Brno: Masarykova univerzita 2010. Diplomová práce

ŠPATENKOVÁ, N., BOLOMSKÁ, B.: *Reminiscenční terapie*. Praha: Galén 2011, ISBN 978 – 80 – 7262 – 711 – 0

ŠTILEC, M.: *Pohybové – relaxační programy pro starší občany*. Praha: Karolinum 2004, ISBN 80 – 246 – 0788 – 33

VALENTA, M.: *Dramaterapie*. Praha: Grada Publishing 2007, ISBN 978 – 80 – 247 – 1819 – 4

ZGOLA, M. J.: *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada Publishing 2003, ISBN 80 – 247 – 0183 – 9

Internetové zdroje

ANIMOTERAPIE: *Dělení animoterapie na AAA, AAT, AAE a AACR*. [online] Publikováno 2009 [cit. 10. 3. 2013] Dostupné z WWW: <<http://www.animoterapie.cz/aaa-aat-aae-aacr.htm>>

DRAMATERAPIE: *Úvod do teorie*. [online] Aktualizace 26. 5. 2007 [cit. 8. 3. 2013] Dostupné z WWW: <<http://www.dramaterapie.atlasweb.cz/teorie.htm>>

CHARITA ČESKÁ REPUBLIKA: *Stacionář pro seniory*. [online] Publikováno 2013 [cit. 17. 3. 2013] Dostupné z WWW: <<http://praha.charita.cz/sluzby/stacionar/>>

NÁDENÍK, Z.: *Horizont – centrum pro seniory*. [online] Publikováno 2010 [cit. 18. 3. 2013] Dostupné z WWW: <<http://www.domovhorizont.cz/>>

SLUNEČNICE DOMOV PRO SENIORY [online]: [cit. 17. 3. 2013] Dostupné z WWW: <<http://www.ds-slunecnice.cz/>>

STŘEDISKO SOCIÁLNÍCH SLUŽEB MĚSTSKÉ ČÁSTI PRAHA 9: *Denní stacionář Hejnická*. [online] Publikováno 2009 [cit. 17. 3. 2013] Dostupné z WWW: <<http://www.ssspraha9.cz/index.php/stacionarproseniory>>

TURCHICH, D.: *Domov Sv. Karla Boromejského*. [online] [cit. 18. 3. 2013] Dostupné z WWW: <<http://www.domovrepy.cz/hlavni.php>>

WOHLRATHOVA, V.: *Historie animoterapie*. [online] Publikováno 2009 [cit. 10. 3. 2013] Dostupné z WWW: <<http://www.animoterapie.cz/historie-animoterapie.htm>>